وزارت بهداشت، درمان و
آموزش پزشکی

اطلاعات کلی	
کد ملی	
تاریخ تشکیل پرونده	
کدفرد	

تکمیل این شناسنامه جنبه آشنایی با سوابق پزشکی شما را داشته و با توجه به محرمانه بودن اطلاعات آن، در راستای ارایه خدمات بهداشتی، درمانی به شما، مورد استفاده قرار خواهد گرفت. مطالعه و پاسخ دقیق به سوالات، ما را دراین امر یاری می نماید. اینجانب متعهد می‌گردم در صورتی که بر اساس کتمان در پاسخگویی به سوالات، نقص یا خللی در فرآیند *بررسی وضعیت سلامتم* ایجاد شود به نوعی که منجر به خسارت های جسمی، روحی یا معنوی درآینده گردد، پزشک معاینه کننده هیچگونه مسئولیتی برعهده نخواهد داشت.

نام و نام خانوادگی و امضاء فرد .....

الف) مشخصات فردی

این قسمت توسط جوان تکمیل شود.

۱- نام و نام خانوادگی: ----------	۹- محل اقامت فعلی: خوابگاه☐ خانه دانشجویی☐ منزل☐ سایر☐
۲- جنس: مونث ☐ مذکر☐	
۳- دانشجو: بلی ☐ خیر☐	۱۰- تحت پوشش بیمه: بلی☐ خیر☐
۴- محل تولد: ----------	۱۱- سطح تحصیلات: بیسواد ☐ ابتدایی ☐ دبیرستان ☐ دیپلم ☐ لیسانس☐ بالاتر از لیسانس☐
۵- تاریخ تولد: ----------	
۶- وضعیت تاهل: مجرد☐ متاهل☐ طلاق گرفته ☐ متارکه ☐ همسر فوت شده ☐	وضعیت اشتغال: شاغل ☐ بیکار☐ خانه دار☐ محصل☐ دانشجو☐ از کار افتاده☐ — گروه خونی: .....
۷- در صورت تاهل تعداد فرزندان :	۱۳- تلفن ثابت : ---------- همراه: ----------
۸- با چه کسانی زندگی می کنید؟ والدین ☐ یکی ازوالدین ☐ خواهر و برادر☐ همسر☐ بستگان ☐ سایر☐	۱۴- آدرس ایمیل: ----------
آدرس محل سکونت :	

ب) سابقه بیماری در خانواده (منظور پدر و مادر، خواهر و برادر شما می باشد)

این قسمت توسط فرد تکمیل شود. لطفاً اگر فردی در خانواده شما سابقه مشکلات زیر را دارد"بلی، خیر یا نمی دانم" را در داخل ☐ علامت ✓ بزنید.

۱- دیابت	بلی ☐ خیر☐ نمی دانم ☐	۶- سرطان	بلی ☐ خیر☐ نمی دانم ☐	۱۱- اختلالات روانپزشکی	بلی ☐ خیر☐ نمی دانم ☐
۲- سکته قلبی در کم تر از ۵۵ سالگی	بلی ☐ خیر☐ نمی دانم ☐	۷- سل	بلی ☐ خیر☐ نمی دانم ☐	۱۲- در صورتی که سوال ۸ مثبت است لطفاً نوع آن را مشخص فرمایید:	
۳- سکته مغزی	بلی ☐ خیر☐ نمی دانم ☐	۸- هپاتیت	بلی ☐ خیر☐ نمی دانم ☐	۱۳- بیماری های تیروئید (گواتر، پرکاری و کم‌کاری)	بلی ☐ خیر☐ نمی دانم ☐
۴- چربی خون بالا	بلی ☐ خیر☐ نمی دانم ☐	۹- ایدز	بلی ☐ خیر☐ نمی دانم ☐	۱۴- سابقه مصرف مواد دخانی بلی ☐ خیر☐ نمی دانم ☐	۱۵- سابقه مصرف الکل بلی ☐ خیر☐ نمی دانم ☐
۵- فشارخون بالا	بلی ☐ خیر☐ نمی دانم ☐	۱۰- اگر جواب سوال ۶ مثبت است لطفاً نوع آن را شرح دهید:		۱۶- سابقه مصرف سایر مواد: بلی ☐ خیر☐ نمی دانم☐	سایر (توضیح دهید):

پ) غربالگری اولیه سلامت روان :

چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس می کردید، مضطرب و عصبی هستید؟

۱- همیشه ☐ ۲- بیشتر اوقات ☐ ۳-گاهی اوقات ☐ ۴- بندرت☐ ۵ – اصلا ☐

چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس ناامیدی می کردید؟

۱- همیشه ☐ ۲- بیشتر اوقات ☐ ۳-گاهی اوقات ☐ ۴- بندرت☐ ۵ – اصلا ☐

چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس ناآرامی و بی قراری می کردید؟

۱- همیشه ☐ ۲- بیشتر اوقات ☐ ۳-گاهی اوقات ☐ ۴- بندرت☐ ۵ – اصلا ☐

چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس افسردگی و غمگینی می کردید؟

۱- همیشه ☐ ۲- بیشتر اوقات ☐ ۳-گاهی اوقات ☐ ۴- بندرت☐ ۵ – اصلا ☐

چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس می کردید که انجام دادن هر کاری برای شما خیلی سخت است؟

۱- همیشه ☐ ۲- بیشتر اوقات ☐ ۳-گاهی اوقات ☐ ۴- بندرت☐ ۵ – اصلا ☐

چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس بی ارزشی می کردید؟

۱- همیشه ☐ ۲- بیشتر اوقات ☐ ۳-گاهی اوقات ☐ ۴- بندرت☐ ۵ – اصلا ☐

ت) غربالگری اولیه سومصرف مواد:

پرسش ۱- در **طول عمر** خود، کدام یک از مواد زیر را تاکنون مصرف کرده‌اید؟ **(فقط مصرف غیرپزشکی)**	**بله**	**خیر**	**پرسش ۲**- در صورت پاسخ مثبت به هر یک در سه ماه اخیر	**بله**	**خیر**
الف- انواع تنباکو (سیگار، قلیان، ناس، غیره)					
ب- داروهای مسکن اُپیوئیدی (ترامادول، کدئین، دیفنوکسیلات، غیره)					
ج- داروهای آرام‌بخش یا خواب‌آور (دیازپام، آلپرازولام، کلونازپام، فنوباربیتال، غیره)					
د- نوشیدنی‌های الکلی (آبجو، شراب، عَرَق، غیره)					
پرسش ۲- مواد دیگر چطور؟ **(فقط مصرف غیرپزشکی)**					
الف- مواد اَفیونی غیرقانونی (تریاک، شیره، سوخته، هروئین، کراک هروئین، غیره)					
ب- حشیش (سیگاری، گراس، بنگ، غیره)					
ج- محرک‌های آمفتامینی (شیشه، اکستازی، اِکس، ریتالین، غیره)					
د- سایر- مشخص کنید:					

ث) غربالگری رفتارهای تغذیه ای :

۱- مصرف میوه روزانه چقدر است؟	بندرت /هرگز ☐	کمتراز ۲سهم ☐	۲تا ۴ سهم یا بیشتر ☐
۲- مصرف سبزی روزانه شما چقدر است ؟	بندرت/هرگز ☐	کمتراز ۳ سهم ☐	۳تا ۵ سهم ☐
۲- چه میزان فعالیت بدنی در هفته دارد؟ (حداقل فعالیت بدنی معادل با ۳۰ دقیقه با تواتر ۵ بار در هفته)	کمتراز ۱۵۰ دقیقه درهفته ☐	۲- ۱۵۰ دقیقه وبیشتر ☐	بدون فعالیت بدنی هدفمند ☐
۳- مصرف فست فود و/ یا نوشابه های گازدار چگونه است؟	بندرت/هرگز ☐	هفته ای دو بار یا بیشتر ☐	ماهی یکی دوبار ☐
۴- واحد مصرفی شیر و لبنیات روزانه چقدر است؟	بندرت/هرگز ☐	کمتراز۲ سهم ☐	۲سهم یا بیشتر ☐
۵- آیا از نمکدان سر سفره استفاده می کند؟	بندرت/هرگز ☐	گاهی ☐	همیشه ☐
۶- ازچه نوع روغنی بیشتر مصرف میکنید؟	فقط روغن نیمه جامد ، جامد یا حیوانی ☐	تلفیقی از انواع روغن های مایع و نیمه جامد ☐	فقط گیاهی مایع (معمولی و مخصوص سرخ کردنی☐)

ج) ارزیابی اولیه (غیر پزشک)

عضو		اختلال دارد	اختلال ندارد	مشکوک	ارجاع	نتیجه ارجاع			توضیحات	پی گیری
						اختلال	بیماری	مشکوک		
قلب وعروق (فشارخون بالا)	سیستول									
	دیاستول									
نمایه توده بدنی	کمتر از ۱۸/۵									
	۲۵-۲۹/۹									
	۳۰-۳۴/۹									
	۳۵-۳۹/۹									
	بیشتراز۴۰									
دهان ودندان										
ریه										
شکم										
ارزیابی از نظر رفتارهای مخاطره آمیز										

چ) واکسیناسیون

واکسیناسیون فرد کامل است	بلی ☐ خیر ☐
واکسیناسیون فرد ناقص است	بلی ☐ خیر ☐
در صورتیکه واکسیناسیون فرد ناقص است آیا پی گیری یک ماه بعد به منظور تکمیل واکسیناسیون انجام شده است ؟	بلی ☐ خیر ☐
آیا واکسیناسیون هپاتیت B برای گروه های درمعرض خطرانجام شده است؟	بلی ☐ خیر ☐

ح) سابقه بیماری (در صورت سابقه ابتلا به هریک از موارد زیر، در داخل ☐ علامت✔بزنید) توسط پزشک تکمیل شود

۱ - دارو	حساسیت به: پنی سیلین ☐ آسپیرین ☐ سایر ☐ توضیح داده شود: .....
۲ - بیماری عفونی	سل ☐ ایدز ☐ هپاتیت (زردی) ☐ مالاریا ☐ سایر: توضیح داده شود.
۳ - اختلالات خون	کم خونی تایید شده توسط آزمایش خون ☐ تالاسمی مینور☐ تالاسمی ماژور☐ هموفیلی ☐ سایرموارد ☐
۴ - گوش، حلق و بینی	کاهش شنوایی ☐ سینوزیت مزمن ☐ حساسیت فصلی ☐ سایر☐
۵ -بیماری قلبی عروقی	فشارخون بالا ☐ آریتمی ها ☐ بیماری های مادرزادی قلب ☐
۶ - غدد و متابولیسم	چربی خون بالا ☐ دیابت ☐ پرکاری تیروئید ☐ کم کاری تیروئید☐
۷- کلیه و مجاری ادراری	پیلونفریت مزمن ☐ عفونت ادراری ☐
۸- مغز و اعصاب	صرع ☐
۹-اختلالات روانپزشکی تأیید شده	اختلال دوقطبی☐ اختلال اضطرابی☐ اختلال سایکوتیک☐ قصدیا اقدام به خودکشی☐ افسردگی☐ پرخاشگری ☐
۱۰- تناسلی	عفونت های منتقله جنسی: سوزاک ☐ سفلیس ☐ تب خال تناسلی ☐ زخم و زگیل تناسلی ☐
۱۱- زنان	واژینیت☐ میوم ☐ تومورهای تخمدان ☐ کیست تخمدان☐ توده یا ترشح غیرطبیعی پستان ☐
۱۲- سابقه مصرف	سیگار☐ قلیان ☐ سایر مواد ☐: توضیح دهید: .....
۱۳- نقص عضو	بلی☐ خیر ☐ توضیح دهید:
۱۴- سوابق بیمارستانی	۱ - سابقه عمل جراحی: بلی☐ خیر☐ علت: ..... ۲ - سابقه بستری شدن: بلی☐ خیر☐ علت: ..... ۳ - سابقه تزریق خون: بلی☐ خیر☐ علت: .....
۱۵- موارد دیگر	.....

خ) معاینات فیزیکی

این قسمت توسط پزشک تکمیل شود.

معاینه وضعیت عمومی	چشم	سالم است ☐ وجود یافته غیرطبیعی در معاینه ☐ نوع یافته	
	گوش	سالم است ☐ وجود یافته غیرطبیعی در معاینه ☐ نوع یافته	
	بینی	سالم است ☐ وجود یافته غیرطبیعی در معاینه ☐ نوع یافته	
	حلق	سالم است ☐ وجود یافته غیرطبیعی در معاینه ☐ نوع یافته	
	گردن	سالم است ☐ وجود یافته غیرطبیعی در معاینه ☐ نوع یافته	
	قلب وعروق	سالم است☐ وجود یافته غیرطبیعی در معاینه ☐ نوع یافته	
	ریه	سالم است☐ وجود یافته غیرطبیعی در معاینه ☐ نوع یافته	
	شکم	سالم است ☐ وجود یافته غیرطبیعی در معاینه ☐ نوع یافته	
	اندام ها	سالم است ☐ وجود یافته غیرطبیعی در معاینه ☐ نوع یافته	
	مغز و اعصاب	سالم است ☐ وجود یافته غیرطبیعی در معاینه ☐ نوع یافته	
	پوست و مو	سالم است ☐ وجود یافته غیرطبیعی در معاینه ☐ نوع یافته	
	تناسلی ادراری	سالم است ☐ وجود یافته غیرطبیعی در معاینه ☐ نوع یافته	
	ستون مهره ها	سالم است ☐ وجود یافته غیرطبیعی در معاینه ☐ نوع یافته	
	مفاصل	سالم است ☐ وجود یافته غیرطبیعی در معاینه ☐ نوع یافته	
	روان	سالم است ☐ وجود یافته غیرطبیعی در معاینه ☐ نوع یافته	
	سایر موارد		
	توضیح درباره یافته های غیرطبیعی در معاینه ----------		

دهان و دندان	دندان پوسیده دارد ☐	وضعیت لثه	خونریزی از لثه دارد ☐
	دندان درد دارد ☐		نیاز به ارجاع فوری به دندانپزشک دارد ☐

د) اظهارنظر پزشک عمومی

این قسمت توسط پزشک تکمیل شود.

جوان	سالم است ☐ مبتلا به بیماری/ اختلال ---------- می باشد
نیاز به معاینات تکمیلی تخصصی	ندارد☐ دارد☐ معاینات تکمیلی تخصصی ----------
نیاز به پیگیری	ندارد☐ دارد☐ نتیجه پیگیری ----------
نیاز به آزمایشات تکمیلی	ندارد☐ دارد☐ نتیجه آزمایشات تکمیلی ----------
نیاز به ارجاع	ندارد☐ دارد☐ نتیجه ارجاع ----------
توصیه های پزشک عمومی	----------
تاریخ ..... مهر و امضاء پزشک:	

ذ) اظهارنظر پزشک متخصص

این قسمت توسط پزشک تکمیل شود.

این جوان	سالم است ☐ مبتلا به بیماری/ اختلال ---------- می باشد.
توصیه های پزشک متخصص/ فوق تخصص و اقدامات لازم	----------
تاریخ ---------- مهر و امضاء پزشک متخصص/ فوق تخصص:	

ر) پیگیری ارجاعات و توصیه ها

این قسمت توسط پزشک تکمیل شود.

تاریخ معاینه	نوع اختلال/ بیماری	تاریخ ارجاع	محل ارجاع	نتیجه ارجاع	توصیه ها