دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی ..... **فرم لیستی ارزیابی مقدماتی و پزشکی سلامت دانش‌آموز / دوره‌ی متوسطه** شهرستان: .....

**مرکز بهداشتی درمانی شهری، روستایی/مطب/پایگاه/خانه بهداشت:** ..... **مدرسه:** ..... **کد مدرسه:** .....

| ردیف | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
| نام و نام خانوادگی | | | | |
| نام پدر | | | | |
| کد ملی | | | | |
| سن | | | | |
| تاریخ تولد | | | | |
| جنس | | | | |
| وزن | | | | |
| قد | | | | |
| BMI | | | | |
| سابقه ی بیماری در خانواده | | | | |
| بیماری نیازمند مراقبت ویژه | | | | |
| دارو/ داروهای مصرفی | | | | |

| ارزیابی غیر پزشک | تشخیص | اقدام | تشخیص | اقدام | تشخیص | اقدام | تشخیص | اقدام |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| قد به سن | | | | | | | | |
| BMI به سن | | | | | | | | |
| اختلال (کاهش) بینایی | | | | | | | | |
| اختلال (کاهش) شنوایی | | | | | | | | |
| دهان و دندان | | | | | | | | |
| پدیکولوز سر | | | | | | | | |
| رفتار های پرخطر | | | | | | | | |
| فشارخون | | | | | | | | |
| ایمن سازی (واکسن توام) | | | | | | | | |

| معاینه پزشک | تشخیص | اقدام | تشخیص | اقدام | تشخیص | اقدام | تشخیص | اقدام |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| قد به سن | | | | | | | | |
| BMI به سن | | | | | | | | |
| بررسی مخاط | | | | | | | | |
| بررسی اسکلرا | | | | | | | | |
| چشم | | | | | | | | |
| گوش | | | | | | | | |
| غدد | | | | | | | | |
| ریه | | | | | | | | |
| قلب و عروق | | | | | | | | |
| جلدی | | | | | | | | |
| اسکلتی عضلانی | | | | | | | | |
| روان پزشکی | | | | | | | | |
| شکم | | | | | | | | |
| ادراری تناسلی | | | | | | | | |
| رفتارهای پرخطر | | | | | | | | |
| فشارخون | | | | | | | | |

**در ستون اقدام برای غیرپزشک: کد1**: درمان **کد2**: ارجاع
**نتیجه ارجاع (کد3**: سالم/ **کد 4**: تأیید اختلال) **کد5**: توصیه **کد6**: پیگیری

**در ستون اقدام برای پزشک: کد 1**: درمان **کد 2**: درخواست آزمایش **کد3**: پیگیری
**نتیجه درمان(کد 4**: بهبود/ **کد 5**: بدون تغییر/ **کد6**: تشدید) **کد 7**: ارجاع تخصصی