

فرم خلاصه نتایج ارزیابی سلامت دانشجویان (جوانان)



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات  
بهداشتی و درمانی استان سمنان

دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی: ..... شهرستان: ..... مرکز خدمات جامع سلامت: .....  
پایگاه سلامت / خانه بهداشت: ..... نام دانشگاه: .....

نام و نام خانوادگی: ..... نام پدر: ..... جنس:  دختر  پسر تاریخ تولد: ...../...../..... آدرس محل سکونت: .....  
تلفن ثابت: ..... تلفن همراه: ..... کد ملی / کدشناسه اتباع خارجی: .....

بیماری نیازمند مراقبت ویژه:  ندارد.  دیابت  صرع  بیماری قلبی عروقی  آسم  هموفیلی  تالاسمی  سرطان  PKU  G6PD  
 اختلال روانپزشکی  سایر: ..... داروهای مصرفی (بیش از ۳ ماه): .....

گزارش نهایی نتایج معاینات پزشک عمومی

مبتلا به اختلال / بیماری /  نمی باشد  می باشد نوع بیماری / اختلال: ..... نیاز به مراقبت ویژه   
ندارد  دارد  
مراقبت ویژه مورد نیاز: ..... توصیه ها: .....  
(ب) نیاز به ارجاع تخصصی:  ندارد  دارد

وضعیت واکسیناسیون:

کارت واکسن:  دارد  ندارد  
(در صورت عدم رویت کارت واکسن، واکسیناسیون از ابتدا آغاز شده و  
کارت واکسن صادر شود.)

نیاز به نظر پزشک جهت انجام واکسیناسیون:  دارد  ندارد  
واکسن دوگانه (توام) بزرگسال  دریافت کرده است  
تاریخ تلقیح: .....  دریافت نکرده است

فعالیت ورزشی:  انجام فعالیت ورزشی هیچگونه محدودیتی ندارد  انجام فعالیت ورزشی محدودیت دارد.  
علت محدودیت: .....  معاف موقت علت: ..... مدت: .....

تاریخ، مهر و امضاء پزشک

تاریخ، مهر و امضاء مسئول پایگاه سلامت جامعه/ خانه بهداشت