

## فرم مراقبت دوره ای سلامت نو آموزان بدو ورود به دبستان – پسر

..... دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی ..... شهرستان ..... مرکز سلامت جامعه ..... پایگاه سلامت جامعه .....

مشخصات فردی	
نام خانوادگی ..... نام پدر .....	نام ..... تاریخ تولد ..... / ..... / ..... کد ملی .....
وضعیت تحصیلی: <input type="checkbox"/> شاغل به تحصیل در پایه ..... دوره ..... مدرسه: ..... کد مدرسه: ..... <input type="checkbox"/> غیر شاغل به تحصیل (وضعیت شغل: .....	
آدرس محل سکونت: ..... تلفن ثابت: ..... تلفن همراه: .....	
بیمه پایه: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد بیمه تکمیلی: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد تحت پوشش سازمان های حمایتی و خیریه: <input type="checkbox"/> بلی (ذکر نام)..... <input type="checkbox"/> خیر	
اطلاعات اختصاصی	
ملیت: <input type="checkbox"/> ایرانی <input type="checkbox"/> غیر ایرانی سابقه آموزش قبل از دبستان: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد دست غالب: <input type="checkbox"/> راست <input type="checkbox"/> چپ وضعیت زبان: <input type="checkbox"/> یک زبانه <input type="checkbox"/> دو زبانه	
<input type="checkbox"/> بیکاری سرپرست خانواده <input type="checkbox"/> بیسوادی: <input type="checkbox"/> پدر <input type="checkbox"/> مادر <input type="checkbox"/> ترک تحصیل: <input type="checkbox"/> خواهر <input type="checkbox"/> برادر <input type="checkbox"/> فوت والد / والده / والدین <input type="checkbox"/> وجود نسبت خویشاوندی بین والدین (درجه خویشاوندی*): .....	
<small>* درجه خویشاوندی: ۱- خاله زاده، دایی زاده، عمه زاده، عمو زاده ۲- نوه خاله، نوه عمو و ... ۳- سایر</small>	
وضعیت عمومی خانواده: <input type="checkbox"/> زندگی با پدر و مادر <input type="checkbox"/> زندگی با مادر <input type="checkbox"/> زندگی با پدر <input type="checkbox"/> زندگی با افرادی غیر از والدین	
ابتلا به بیماری نیازمند مراقبت ویژه (۶ سالگی)	
<input type="checkbox"/> دیابت <input type="checkbox"/> صرع <input type="checkbox"/> بیماری قلبی عروقی <input type="checkbox"/> آسم <input type="checkbox"/> سل <input type="checkbox"/> آلرژی <input type="checkbox"/> تالاسمی <input type="checkbox"/> سرطان <input type="checkbox"/> کمبود G6PD <input type="checkbox"/> اختلال روانپزشکی	
سایر (با ذکر نام) ..... نام داروهای مصرفی (بیش از ۳ ماه) .....	
وضعیت ایمن سازی از بدو تولد تا ۶ سالگی	
<input type="checkbox"/> کامل <input type="checkbox"/> ناقص، نوع و نوبت واکسن های ناقص: ..... در صورت ناقص بودن، تاریخ تکمیل: ..... نیاز به نظارت مستقیم پزشک جهت انجام واکسیناسیون: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد	
نوآموز مورد ارزیابی و معاینه قرار گرفت. مبتلا به اختلال/ بیماری <input type="checkbox"/> نمی باشد <input type="checkbox"/> می باشد: نوع اختلال/بیماری .....	
نیاز به مراقبت ویژه <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> دارد، مراقبت ویژه مورد نیاز: .....	
نیاز به ارجاع و معاینه تخصصی <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> دارد: نیازمند ارجاع به ..... است. نیاز به پیگیری <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> دارد	
الف/ توصیه ها به: خانواده: .....	
اولیای مدرسه: .....	
ب/ توصیه های مربوطه به فعالیت ورزشی: ۱- برای انجام فعالیت های ورزشی در حال حاضر هیچ گونه محدودیتی ندارد <input type="checkbox"/>	
۲- برای انجام فعالیت های ورزشی محدودیت دارد <input type="checkbox"/> علت محدودیت .....	
.....	
<input type="checkbox"/> معاف موقت: علت .....	
..... مدت .....	

تاریخ .....

مهر و امضای پزشک مرکز سلامت جامعه

تن سنجی				
سن (سال)	تاریخ مراجعه	وزن (کیلوگرم)	قد (متر)	نمایه توده بدنی (BMI)
۶				

بررسی الگوی تغذیه ای و فعالیت فیزیکی فرد						
سن	امتیاز	ساخت نامطلوب	سوالات با			
۶						
			<p>(۱) مصرف میوه روزانه شما چقدر است؟          =۰ به ندرت / هرگز          =۱ کم تر از ۲ سهم          =۲ ۲ سهم یا بیشتر</p> <p>(۲) مصرف سبزی روزانه شما چقدر است؟          =۰ به ندرت / هرگز          =۱ کم تر از ۳ سهم          =۲ ۳ سهم یا بیش تر</p>	<p>(۳) مصرف شیر و لبنیات روزانه شما چقدر است؟          =۰ به ندرت / هرگز          =۱ کم تر از ۳ سهم          =۲ ۳ سهم یا بیشتر</p> <p>(۴) چقدر تنقلات کم ارزش یا بی ارزش (هله هوله شور و شیرین و چرب مانند: چیپس، پفک، نوشابه، آب میوه صنعتی و ...) مصرف می کنید؟          =۰ روزانه (تقریباً هر روز)          =۱ هفتگی (هفته ای یکی دو بار)          =۲ به ندرت / هرگز (حداکثر یک یا دو بار در ماه)</p>	<p>(۵) چند وعده غذایی در شبانه روز (شامل وعده اصلی و میان وعده) مصرف می کنید؟          =۰ ۲ وعده یا کم تر          =۱ ۳-۴ وعده          =۲ ۵ وعده</p> <p>(۶) چند ساعت در شبانه روز از تلویزیون، کامپیوتر یا بازی های الکترونیکی بدون تحرک استفاده می کنید؟          =۰ بیشتر از دو ساعت          =۱ دو ساعت          =۲ کم تر از دو ساعت</p>	<p>(۷) در هفته چقدر فعالیت بدنی دارید؟ (حداقل فعالیت بدنی متوسط ۴۲۰ دقیقه در هفته معادل با ۶۰ دقیقه در روز با تواتر ۷ روز در هفته شامل ورزش های هوازی نظیر پیاده روی تند، دوچرخه سواری، شنا و...)          =۰ تقریباً بدون فعالیت بدنی هدفمند          =۱ کم تر از ۴۲۰ دقیقه در هفته          =۲ ۴۲۰ دقیقه در هفته یا بیشتر</p>

پایش رشد																	
نتایج پیگیری	تاریخ پیگیری	ارجاع		آموزش	وضعیت BMI به سن (z-score)						وضعیت قد به سن (z-score)						سن (سال)
		کارشناس تغذیه	پزشک		بالای +۱ تا مساوی +۲ (چاق) با هر امتیازی	مساوی -۲ تا مساوی +۱ (وزن متناسب)			مساوی -۳ تا زیر -۲ (لاغر) با هر امتیازی	زیر -۳ (لاغری شدید) با هر امتیازی	بالای +۳ (بلند قدی شدید) با هر امتیازی	مساوی -۲ تا مساوی +۳ (رشد قدی مطلوب)			مساوی -۳ تا زیر -۲ (کوتاه قدی شدید) با هر امتیازی	زیر -۳ (کوتاه قدی شدید) با هر امتیازی	
						با امتیاز ۰-۶	با امتیاز ۷-۱۳	با امتیاز کامل (۱۴)				با امتیاز ۰-۶	با امتیاز ۷-۱۳	با امتیاز کامل (۱۴)			
																۶	
نتایج حاصل از پیگیری: (۱) تایید اختلال (۲) رد اختلال (۳) دریافت خدمات حمایتی (۴) بهبود (۵) بدون تغییر (۶) تشدید (۷) پیگیری نشده																	

سابقه بیماری / عادت در خانواده

دیابت	فشارخون بالا	بیماری قلبی عروقی زودرس	آسم	سل	صرع	بیماری ژنتیک و مادرزادی (ذکر نام)	آلرژی	سرطان	اختلال چربی خون	استعمال مواد دخانی	اختلال روانپزشکی	اختلال عضوی ناتوان کننده	سایر (با ذکر نام)
پدر													
مادر													
خواهر													
برادر													

ارزیابی / تشخیص و طبقه بندی مقدماتی

نوع ارزیابی					نتیجه ارزیابی	آموزش	ارجاع به پزشک	تاریخ پیگیری	نتایج پیگیری
کاهش بینایی					/				
چشم راست					/				
چشم چپ									
مشکوک									
کاهش شنوایی									
گوش راست									
گوش چپ									
مشکوک									
پوست و مو									
پدیکلوزیس									
گال									
مشکوک									
دهان و دندان*					+				
دندان پوسیده									
لثه ملتهب									
مشکوک									
مجموعه دندانی سالم									
ریه									
احتمال ابتلا به سل									
احتمال ابتلا به آسم									
فشار خون									
صدک ۹۰ یا بالاتر									
صدک ۹۵ یا بالاتر									

\* در صورت رویش دندان ۶ ، فرد جهت معاینه تکمیلی لازم و درمان های پیشگیری ارجاع گردد

نتایج حاصل از پیگیری: (۱) تایید اختلال (۲) رد اختلال (۳) دریافت خدمات حمایتی (۴) بهبود (۵) بدون تغییر (۶) تشدید (۷) پیگیری نشده

تاریخ تکمیل: سن: ..... سال		سوالات غربالگری صرع
خیر	بلی	
		۱- آیا هر چند وقت یک بار در بیداری یا در خواب به مدت چند دقیقه دچار حمله تشنج یا غش می‌شود. بیهوش شده و دست و پا می‌زند. زبانش را گاز می‌گیرد و از دهانش کف (گاز خون آلود) خارج می‌شود و بعد از بازگشت به حالت عادی از وقایع پیش آمده چیزی را به خاطر نمی‌آورد.
		۲- آیا گاهی اوقات مات زده شده به گونه‌ای که چند لحظه‌ای به جایی خیره می‌شود، لبها یا زبانش را به حالت غیر ارادی حرکت داده یا می‌لیسد.
سوالات غربالگری معلولیت ذهنی		
		۱- در صورت شنوا بودن: متوجه صحبت دیگران نمی‌شود یا قادر نیست به آن پاسخ دهد.
		۲- قادر نیست کارهای شخصی خود مانند غذا خوردن، توالت رفتن یا لباس پوشیدن را انجام دهد.
		۳- نمی‌تواند به طور مناسب و فعال با همسالان خود ارتباط برقرار کند.
		۴- توانایی یادگیری در حد همسالان خود ندارد.
		۵- بیماری شناخته شده‌ای دارد که باعث ناتوانی ذهنی شده است.
سوالات غربالگری خودکشی		
		۱- آیا هیچ‌گاه شده از زندگی خسته شوید و به مرگ فکر کنید؟
		۲- آیا اخیراً به خودکشی فکر کرده‌اید؟

تاریخ تکمیل: سن: ..... سال		سوالات ارزیابی مصرف دخانیات و مواجهه با دود آن (۶ تا ۱۰ سال)
خیر	بلی	
		۱- آیا هیچکدام از افراد خانواده یا خویشاوندان در حضور کودک اقدام به مصرف دخانیات می‌کنند؟
		۲- آیا کودک برای خرید سیگار، تنباکوی قلیان و یا سایر مواد دخانی به مراکز فروش این مواد فرستاده می‌شود؟
		۳- آیا کودک در اماکن حاوی دود مواد دخانی قرار گرفته می‌شود؟

نسبت تکمیل‌کننده پرسشنامه با فرد: تاریخ تکمیل: سن: ..... سال			سوالات غربالگری سلامت روان ۷ تا ۱۵ سال
اغلب	گاهی اوقات	هرگز	
			۱- احساس غمگینی و غصه می‌کند.
			۲- احساس ناامیدی می‌کند.
			۳- از دست خودش عصبانی است.
			۴- خیلی نگران است.
			۵- به نظر می‌رسد که کمتر چیزی خوشحالش می‌کند.
			۶- وول می‌خورد و نمی‌تواند آرام بنشیند.
			۷- خیلی خیال‌بافی می‌کند.
			۸- به آسانی حواسش پرت می‌شود.
			۹- نمی‌تواند تمرکز کند.
			۱۰- طوری رفتار می‌کند که انگار موتورش روشن شده است.
			۱۱- با بقیه بچه‌ها دعوا می‌کند.
			۱۲- از قوانین پیروی نمی‌کند.
			۱۳- احساسات دیگران را نمی‌فهمد.
			۱۴- دیگران را دست می‌اندازد.
			۱۵- به خاطر مشکلات خودش، دیگران را سرزنش می‌کند.
			۱۶- نمی‌گذارد دیگران از وسایلی استفاده کنند.
			۱۷- چیزهایی را بر می‌دارد که مال او نیست.
.....			<b>جمع امتیاز</b>

ارزیابی / تشخیص و طبقه بندی مقدماتی						
نتایج پیگیری		تاریخ پیگیری		ارجاع به		نوع ارزیابی
نتایج پیگیری	تاریخ پیگیری	کارشناس روان	پزشک	آموزش	نتیجه ارزیابی	
						مشکل در حوزه سلامت روان
						احتمال اورژانس روانپزشکی
						احتمال ابتلا به صرع
						تشخیص قبلی بیماری صرع توسط پزشک
						احتمال تشخیص معلولیت ذهنی
						تشخیص قبلی اختلال روانپزشکی تحت درمان
						کودک آزاری
						کودک شاهد خشونت خانگی
						خانواده آسیب پذیر
						بازمانده از تحصیل
						کم تحرکی
						در معرض خطر شروع مصرف مواد دخانی
						مصرف کننده مواد دخانی
نتایج حاصل از پیگیری: (۱) تایید اختلال (۲) رد اختلال (۳) دریافت خدمات حمایتی (۴) نتایج حاصل از پیگیری: (۵) بدون تغییر (۶) تشدید (۷) پیگیری نشد						

تاریخ تکمیل: سن: ..... سال		سوالات ارزیابی سلامت اجتماعی
خیر	بلی	
		وجود علایم سوختگی با آب جوش یا سیکار
		وجود کبودی یا اثر گاز گرفتگی روی قسمت های مختلف بدن
		وجود خونمردگی یا شکستگی در اعضای مختلف بدن
		وجود عدم تناسب توضیحات مادر یا همراه با نوع علایم بدنی
		وجود کبودی ها و علایمی که مدت ها از زمان آن ها گذشته باشد.
		وجود فرد دارای معلولیت جسمی یا روانی در خانواده
		وجود فرد مبتلا به بیماری خاص در خانواده
		وجود فرد مبتلا به اعتیاد در خانواده
		وجود فرد زندانی در خانواده
		وجود فقر در خانواده
		مادر خانواده قبلاً به علت خشونت خانگی غربال مثبت شده است
		سن و تحصیلات فرد با هم متناسب نیست

معاینات پزشکی									
تاریخ مراجعه ..... سن .....									
نوع معاینه و بررسی	درخواست آزمایش	ارجاع به		درمان	نتیجه معاینه	پیگیری	نتیجه درمان		
		متخصص	کارشناس تغذیه						
وضعیت قد									
وضعیت BMI									
بررسی مخاط	رنگ پریدگی								
	آئمی								
بررسی اسکلرا	زردی اسکلرا								
چشم	کوئرکتیویت								
	اوتیت مدیا								
گوش	اوتیت خارجی								
	کواتر								
تیروئید	مشکل بدون گواتر								
	ابتلا به سل								
ریه	مشکوک به سل								
	ابتلا به آسم								
	احتمال ابتلا به آسم								
قلب و عروق	دارای بیماری								
	احتمال ابتلا به بیماری								
پوست و مو	زودرس								
	پدیکلوزیس								
	کال								
اسکلتی، عضلانی	کچلی سر								
	اسکولیوز								
	کیفوز								
	لوردوز								
	اختلال شکل قفسه سینه								
سایر	اندام غیر طبیعی								
	.....								
نتیجه درمان: (۱) بهبود (۲) بدون تغییر (۳) تشدید									

معاینات پزشکی						
تاریخ مراجعه ..... سن .....						
نوع معاینه و بررسی	درخواست آزمایش	درمان	نتیجه معاینه	ارجاع به		پیگیری
				کارشناس روان	متخصص یا مراکز درمانی	
سلامت روان	اختلال اضطراب منتشر/ پانیک/ اضطراب اجتماعی					
	وسواسی جبری					
	استرس پس از سانحه					
	پرخاشگری					
	افسردگی					
	سایکوز					
	دو قطبی					
	صرع					
	معلولیت ذهنی					
	بیش فعالی - نقص توجه					
سلامت اجتماعی	اختلال رفتاری - سلوک					
	کودک آزاری					
شکم	ارگانومگالی					
	توده شکمی					
ادراری تناسلی	عدم نزول بیضه					
	عفونت ادراری					
روند بلوغ	بلوغ زودرس					
فشار خون	پره هیپرتانسیون					
	هیپرتانسیون مرحله I					
	هیپرتانسیون مرحله II					
نتیجه درمان: (۱) بهبود (۲) بدون تغییر (۳) تشدید						

معاینات پزشکی						
تاریخ مراجعه ..... سن .....						
نوع معاینه و بررسی	درخواست آزمایش	درمان	نتیجه معاینه	ارجاع به		پیگیری
				کارشناس روان	متخصص یا مراکز درمانی	
رفتارهای پر خطر	مصرف مواد دخانی					
نتیجه درمان: (۱) بهبود (۲) بدون تغییر (۳) تشدید						
* (۱) افیونی غیر قانونی (۲) افیونی نسخه ای (۳) حبشیش (۴) داروهای آرامبخش خواب آور (۵) الکل (۶) مواد محرک (۷) سایر (با ذکر نام)						