



فرم خلاصه معاینات و ارزیابی وضعیت سلامت دانشجویان دانشگاه

شهرستان	مرکز خدمات جامع سلامت	نام پایگاه / خانه بهداشت	نام دانشگاه
نام	نام و نام خانوادگی	جنس	نام پدر
محل سکونت : خوابگاه دانشجویی <input type="checkbox"/> پانسیون <input type="checkbox"/> منزل <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>	شماره دانشجویی		
تاریخ تولد	کد ملی		
اظهار نظر مراقب سلامت / بهورز (جهت تکمیل این قسمت به پایگاه‌های بهداشتی و یا خانه بهداشت محل سکونت مراجعه نمایید)			
وزن	قد	فشار خون	
فرد ارزیابی شده سالم است <input type="checkbox"/>	نیاز به ارجاع به پزشک دارد <input type="checkbox"/>	علت ارجاع:	
تاریخ انجام غربالگری : شرحی مختصر از وضعیت سلامت دانشجو:			
نام و نام خانوادگی و امضاء بهورز یا مراقب سلامت:		مهر خانه بهداشت / پایگاه سلامت :	
اظهار نظر پزشک عمومی (جهت تکمیل این قسمت به مرکز جامع سلامت محل سکونت مراجعه نمایید)			
فرد ارزیابی شده سالم است <input type="checkbox"/>	مبتلا به اختلال / بیماری	تحت نظر پزشک متخصص است <input type="checkbox"/>	
نیاز به معاینه تکمیلی و تخصصی ندارد <input type="checkbox"/>	دارد <input type="checkbox"/>	معاینات تکمیلی	
نیاز به آزمایشات تکمیلی ندارد <input type="checkbox"/>	دارد <input type="checkbox"/>	نتیجه پیگیری	
نیاز به ارجاع ندارد <input type="checkbox"/>	دارد <input type="checkbox"/>	علت ارجاع	
نیاز به پیگیری ندارد <input type="checkbox"/>	دارد <input type="checkbox"/>	نتیجه پیگیری	
توصیه پزشک عمومی:			
تاریخ انجام مراقبت پزشک :			
مهر مرکز جامع سلامت:		مهر و امضاء پزشک مرکز بهداشت:	
• دانشجویانی که در گروه سنی ۱۸ تا ۳۰ سال (جوانان) قرار دارند سنجش سلامت ایشان ابتدا توسط بهورز /مراقب سلامت در پایگاه‌های سلامت و یا خانه بهداشت محل سکونت و سپس توسط پزشک عمومی مرکز انجام می‌گردد.			
• دانشجویانی که در گروه سن ۳۰ تا ۵۹ سال (میان سالان) قرار دارند سنجش سلامت ایشان ابتدا توسط بهورز /مراقب سلامت در پایگاه‌های سلامت و یا خانه بهداشت محل سکونت صورت گرفته و در صورت نیاز به پزشک عمومی مرکز ویزیت می‌گردند.			