

### دانشجوی گرامی:

در راستای اجرای طرح تحول سلامت؛ برنامه ریزی جهت انجام مراقبت های بهداشتی و معاینات پزشکی شما عزیزان توسط معاونت بهداشتی و معاونت آموزشی دانشگاه صورت گرفته است. این گواهی در صورت داشتن مهر پزشک مرکز خدمات جامع سلامت ( دانشجویان بومی ) / مهر پزشک مستقر در ستاد استقبال از دانشجویان جدید الورد ( دانشجویان غیر بومی) اعتبار دارد و یکی از مدارک ثبت نام قطعی دانشجو محسوب می گردد و حفظ و نگهداری فرم تا زمان ارائه به اداره پذیرش مثبت نام مورد توجه قرار گیرد.

لازم به ذکر است مهر پزشک در سایر مراکز درمانی و مطب های خصوصی فاقد اعتبار می باشد.

- دانشجویان بومی توسط پزشک در مرکز خدمات جامع سلامت / مستقر در ستاد استقبال از دانشجویان جدید الورد مورد ویزیت قرار گرفته و شناسنامه سلامت به مهر پزشک مرکز ممهور می گردد .
- دانشجویان غیر بومی با دریافت فرم گواهی سنجش سلامت از سایت معاونت آموزشی دانشگاه در زمان ثبت نام حضوری با در دست داشتن فرم مذکور به غرفه های سنجش سلامت مراجعه نموده و ضمن دریافت بسته های خدمتی، فرم مربوطه ممهور به مهر پزشک مستقر در ستاد استقبال از دانشجویان جدید الورد میگردد.
- ارائه بسته های خدمتی سلامت جوانان و ثبت در سامانه سیب به صورت رایگان صورت می گیرد.
- تحویل فرم ممهور شده به مهر پزشکان مورد نظر همراه با سایر مدارک ثبت نامی الزامی می باشد .

در صورت درخواست اطلاعات بیشتر می توانید با شماره ۰۳۵ - ۳۶۲۸۸۱۱۳ گروه سلامت جوانان ،نوجوانان و مدارس معاونت بهداشتی دانشگاه تماس نمایید.

### قابل توجه:

بندهای (الف - ب - ج) توسط دانشجو و بند (د) توسط پزشک مرکز خدمات جامع سلامت تکمیل می گردد.

#### الف: مشخصات فردی

نام و نام خانوادگی: -----	کد ملی: .....	تاریخ تولد: ...../...../.....
جنس: <input type="checkbox"/> مونث <input type="checkbox"/> مذکر	وضعیت تاهل: <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> متاهل	
رشته قبولی در دانشگاه:	تلفن: ثابت ----- همراه -----	
دانشجوی عزیز آیا تمایل به همکاری در بحث سلامت( بعنوان سفیر سلامت ) دارید ؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		

#### ب: سابقه بیماری در خانواده

۱. دیابت	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/>	۶. سرطان	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/>	۱۱. تشنج و صرع	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/>
۲. بیماری (عروق کرونر) زودرس	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/>	۷. سل	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/>	۱۲. اختلالات روانپزشکی	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/>
۳. سکته مغزی	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/>	۸. هیپاتیت	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/>	۱۳. بیماریهای ارثی	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/>
۴. چربی خون بالا	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/>	۹. سنگ کلیه	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/>	۱۴. بیماریهای تیروئید (گوتر، پرکاری و کم کاری)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/>
۵. فشارخون بالا	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/>	۱۰. ایدز	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/>	۱۵. PCOD(کیست تخمدانی)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/>

۱- بیماری عفونی	مننژیت <input type="checkbox"/> سل <input type="checkbox"/> ایدز <input type="checkbox"/> هیپاتیت (زردی) <input type="checkbox"/> تب روماتیسمی <input type="checkbox"/> تب مالت <input type="checkbox"/>
۲- اختلالات خون	کم خونی تایید شده توسط آزمایش خون <input type="checkbox"/> حساسیت به باقلا(فاویسم) <input type="checkbox"/> تالاسمی <input type="checkbox"/> هموفیلی <input type="checkbox"/>
۳- گوش، حلق و بینی	کاهش شنوایی <input type="checkbox"/> سینوزیت مزمن <input type="checkbox"/> حساسیت فصلی <input type="checkbox"/> خونریزی مکرر از بینی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
۴- گوارش	Peptic ulcer <input type="checkbox"/> یبوست مزمن <input type="checkbox"/> اسهال مزمن <input type="checkbox"/> سندرم روده تحریک پذیر <input type="checkbox"/>
۵- ریه	آسم <input type="checkbox"/> آلرژی تنفسی <input type="checkbox"/> عفونت ریه <input type="checkbox"/> سرفه طولانی <input type="checkbox"/>
۶- قلب	بیماریهای دریچه ای قلب <input type="checkbox"/> فشارخون بالا <input type="checkbox"/> آریتمی ها <input type="checkbox"/> بیماریهای مادرزادی قلب <input type="checkbox"/>
۷- غدد و متابولیسم	دیابت <input type="checkbox"/> پرکاری تیروئید <input type="checkbox"/> کم کاری تیروئید <input type="checkbox"/> چربی خون بالا <input type="checkbox"/> PCOD <input type="checkbox"/>
۸- اسکلتی عضلانی	دردکمرد <input type="checkbox"/> دردهای مفصلی <input type="checkbox"/> دفرمیتی اندام ها <input type="checkbox"/>
۹- کلیه و مجاری ادراری	سنگ کلیه یا مثانه <input type="checkbox"/> ترشح غیرطبیعی از مجرای ادراری <input type="checkbox"/> پیلونفریت مزمن <input type="checkbox"/> عفونت ادراری <input type="checkbox"/>
۱۰- مغز و اعصاب	میگرن <input type="checkbox"/> صرع <input type="checkbox"/> M.S <input type="checkbox"/> سرگیجه دوره ای <input type="checkbox"/> سردرد <input type="checkbox"/>
۱۱- اختلالات روانپزشکی	وسواسی اجباری <input type="checkbox"/> اختلال تیک <input type="checkbox"/> اختلال افسردگی اساسی <input type="checkbox"/> ادو قطنی <input type="checkbox"/> اضطرابی <input type="checkbox"/> سایکوتیک <input type="checkbox"/>
۱۲- دارو	حساسیت به پنی سیلین <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>

د: اظهار نظر پزشک عمومی

وضعیت دانشجوی با سابقه بیماری	تحت درمان <input type="checkbox"/> نیاز به پیگیری دارد <input type="checkbox"/>
نتیجه ویزیت فعلی پزشک مرکز	مشکوک به بیماری <input type="checkbox"/> سالم <input type="checkbox"/>
نیاز به معاینه تکمیلی و تخصصی	ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> نیاز به ارجاع به ----- می باشد
نیاز به پیگیری	ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> نتیجه پیگیری -----
نیاز به آزمایشات تکمیلی	ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> نتیجه آزمایش -----
توصیه های پزشک عمومی	-----
فعالیت ورزشی	بدون محدودیت <input type="checkbox"/> دارای محدودیت <input type="checkbox"/> علت محدودیت <input type="checkbox"/> معاف موقت <input type="checkbox"/> علت ----- مدت -----

تاریخ ----- مهر و امضاء پزشک مرکز خدمات جامع سلامت :