



شناسنامه سلامت دانشجو



دانشجوی گرامی:

بمنظور حفظ و ارتقاء سلامت دانشجویان؛ 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 **محل سکونت دانشجو** اعتبار دارد و یکی از مدارک **ثبت نام قطعی** دانشجو محسوب می گردد و حفظ و نگهداری فرم تا زمان ارائه به اداره پذیرش و ثبت نام مورد توجه قرار گیرد.

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

در صورت درخواست اطلاعات بیشتر می توانید با شماره ۳۱۶۸۲۱۱۳ - ۰۳۵ **گروه سلامت جوانان، نوجوانان و مدارس معاونت بهداشتی دانشگاه** تماس نمایید.

توضیح اینکه دانشجو توسط پزشک در مرکز خدمات جامع سلامت مورد ویزیت قرار گرفته و شناسنامه سلامت به مهر مرکز ممهور می گردد. ضمناً از طریق ارائه بسته های خدمتی سلامت جوانان و ثبت در سامانه سیب /سناد/ سینا /پارسا به صورت رایگان صورت می گیرد.

"ضمناً در روز ثبت نام قطعی و ارائه مدارک ثبت نامی بصورت حضوری ، تحویل این فرم ممهور شده به مهر پزشک مراکز خدمات جامع سلامت همراه با سایر مدارک ثبت نامی **الزامی** می باشد."

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: ☐ مونث ☐ مذکر		وضعیت تاهل: ☐ مجرد ☐ متاهل			
رشته قبولی در دانشگاه:		تلفن: ثابت ----- همراه -----			
گروه خونی:		دانشجوی عزیز آیا تمایل به همکاری در بحث سلامت (بعنوان سفیر سلامت) دارید ؟ ☐ خیر ☐			
ب: سابقه بیماری در خانواده					
۱. دیابت	☐ خیر ☐ نمی دانم ☐ بلی	۶. سرطان	☐ خیر ☐ نمی دانم ☐ بلی	۱۱. تشنج و صرع	☐ خیر ☐ نمی دانم ☐ بلی
۲. بیماری (عروق کرونر) زودرس	☐ خیر ☐ نمی دانم ☐ بلی	۷. سل	☐ خیر ☐ نمی دانم ☐ بلی	۱۲. اختلالات روانپزشکی	☐ خیر ☐ نمی دانم ☐ بلی
۳. سکتة مغزی	☐ خیر ☐ نمی دانم ☐ بلی	۸. هیپاتیت	☐ خیر ☐ نمی دانم ☐ بلی	۱۳. بیماریهای ارثی	☐ خیر ☐ نمی دانم ☐ بلی
۴. چربی خون بالا	☐ خیر ☐ نمی دانم ☐ بلی	۹. سنگ کلیه	☐ خیر ☐ نمی دانم ☐ بلی	۱۴. بیماریهای تیروئید (گواتر، پرکاری و کم کاری)	☐ خیر ☐ نمی دانم ☐ بلی
۵. فشارخون بالا	☐ خیر ☐ نمی دانم ☐ بلی	۱۰. ایدز	☐ خیر ☐ نمی دانم ☐ بلی	۱۵. PCOD (کیست تخمدانی)	☐ خیر ☐ نمی دانم ☐ بلی

ج : سابقه بیماری دانشجو(در صورت سابقه ابتلا به هریک از موارد زیر، در داخل ☐ علامت * بنمید)

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

ارزیابی مقدماتی :

وزن:	قد :	وضعیت BMI :
------------	------------	-------------------

د: اظهار نظر پزشک عمومی	
وضعیت دانشجو با سابقه بیماری	تحت درمان ☐ نیاز به پیگیری دارد ☐
نتیجه ویزیت فعلی پزشک مرکز	مشکوک به بیماری ☐ سالم ☐
نیاز به معاینه تکمیلی و تخصصی	ندارد ☐ دارد ☐ نیاز به ارجاع به ----- می باشد
نیاز به پیگیری	ندارد ☐ دارد ☐ نتیجه پیگیری -----
نیاز به آزمایشات تکمیلی	ندارد ☐ دارد ☐ نتیجه آزمایش -----
توصیه های پزشک عمومی	-----
فعالیت ورزشی	بدون محدودیت ☐ دارای محدودیت ☐ علت محدودیت ☐ معاف موقت ☐ علت ----- مدت -----