|  |
| --- |
| هو الشّافی |



|  |
| --- |
| شناسنامه  سلامت |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | |  | | --- | | **مرد** |        |  | | --- | | **زن** | |  |  | | --- | | **متاهل**  **مجرد** |   **دانشجو معلم**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | |  | | --- | | **مرد** |  |  | | --- | | **متاهل**  **مجرد** |      |  | | --- | | **متاهل**  **مجرد** |      |  | | --- | | **زن** | |   **کارمندان**   |  | | --- | | **متاهل**  **مجرد** | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | **تاریخ تشکیل پرونده:** |  | | **شماره پرونده:** |  | | **شماره دانشجویی:** |  |   **نام:**  **نام خانوادگی:**  **رشته تحصیلی:** |

|  |
| --- |
| **الف) مشخصات عمومی د** |

|  |  |
| --- | --- |
| 2. سن(به سال) | 1. نام و نام خانوادگی: |
| 4. وضعیت تاهل: 1. مجرد 2. متاهل 3. سایر | 3. جنسیت: 1. مذکر 2. مونث |
| 6. نام دانشکده: | 5. نام پردیس: |
| 8. نوع پذیرش در دانشگاه:: | 7. رشته تحصیلی پذیرفته شده: |
| 9. مقطع تحصیلی پذیرفته شده در دانشگاه: 1. فوق دیپلم 2. کارشناسی 3.کارشناسی ارشد 4- دکترای حرفه ای | |
| 10. نوع سهمیه پذیرفته شده: 1. آزاد 2.شاهد و ایثارگر 3. استعدادهای درخشان 4 .سایر | |
| 11. آدرس پست الکترونیک: (ایمیل) | |
| 12. شماره تلفن: | |
| 13. پیش بینی می کنید طی تحصیلتان محل سکونتتان کجاست؟ 1. باخانواده 2. خوابگاه 3. خانه اجاره ای با دوستان 4. خانه اجاره ای به تنهایی | |
| 14. دارای دفترچه بیمه: 1. خدمات درمانی 2. تامین اجتماعی 3. نیروهای مسلح 4.بانک،شهرداری و غیره 5.بدون بیمه | |
| 15. آدرس: | |

|  |  |
| --- | --- |
| **الف -1 )سوابق مواجهه با عوامل زیان آور محیطی(توسط دانشجو):** | |
| |  | | --- | | 3. اشعهC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture.PNG  4.مواد شیمیایی C:\Users\mmosavi\Desktop\Capture.PNG |   **16. آیا تاکنون با موارد زیر سروکار داشته اید؟**  1. سر و صدای بیش از حد مجاز C:\Users\mmosavi\Desktop\Capture.PNG  2. ارتعاشات مجاز C:\Users\mmosavi\Desktop\Capture.PNG  5 . مواد بیولوژیکی C:\Users\mmosavi\Desktop\Capture.PNG | |
| **17. آیا در حال حاضر غیر از تحصیل شاغل می باشید؟** C:\Users\mmosavi\Desktop\Capture.PNG  **لطفا نام شغل و وظیفه شما در شغل ذکر شود..............................................................** | |
| **18. آیا تاکنون دوره اموزشی مرتبط با ایمنی در محیط آزمایشگاه یا کارگاه را گذرانده اید؟.............................................................**  **1.نیاز نداشته ام پس نگذرانده ام C:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG 2. نیاز داشته ام و گذرانده ام C:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG نام دوره، مدت و محل آن ذکر شود....................**  **3. نیاز داشته ام ولی نگذرانده ام C:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG لطفا نام رشته قبلی ذکر شود.......................................................................................** | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **موارد زیر توسط دانشجو تکمیل شود.** | | | |
| **الف – 2 ): سبک زندگی و وضعیت سلامت شما تاکنون چگونه بوده است؟** | |
| **- *عادات و سلامت فردی*** |
| 19. در طول هفته چند روز حداقل به مدت 30دقیقه فعالیت بدنی دارید؟ (ورزش متوسط مانند پیاده روی تند ، شنا یا دوچرخه سواری و...)  1. اصلا ندارمC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG2. یک یا دو روز C:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG3. سه یا چهار روزC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG4. تمام روزهای هفته C:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG | | | | |
| 20. در شبانه روز چند بار مسواک می زنید؟  1. اصلا مسواک نمی زنمC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG2.هرچند روز یکبار C:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG 3. روزی یکبار C:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG4. روزی دوبار C:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG5. روزی سه بارC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG | | | | |
| 21. معمولا الگوی خواب و بیداری شما چگونه است؟  1. نداشتن برنامه منظم C:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG 2. داشتن برنامه منظم C:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG | | | | |
| 22. به طور متوسط در شبانه روز چند ساعت می خوابید؟  1. بیش از 10 ساعتC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG2. 8تا 10 ساعت C:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG3. 6تا8 ساعت C:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG 4. کمتر از 6ساعتC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG | | | | |
| 23. کدامیک از گزینه های زیر در رابطه با سیگار کشیدن درباره شما صدق می کند؟(مصرف یکبار قلیان معادل کشیدن ده نخ سیگار است)  1. بیش از ده نخ در هفتهC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG 2. کمتر از ده نخ در هفتهC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG 3. به طور موردی مصرف می کنمC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG 4. اصلا مصرف نمی کنم C:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG | | | | |
| 24. در طول شبانه روز معمولا چند ساعت با کامپیوتر یا سایر ابزار کامپیوتری (تبلت، موبایل، xbox و ...) سروکار دارید؟  1. بیش از چهار ساعتC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG 2. دو تا چهار ساعتC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG 3.کمتر از دوساعتC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG 4. اصلا استفاده نمی کنمC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG | | | | |

|  |
| --- |
| - *عادات غذایی: (توسط دانشجو)* |

|  |
| --- |
| 25. چند روز در هفته وعده کامل صبحا نه می خورید؟  1. اصلا نمی خورمC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG2. یک یا دو روز C:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG 3. سه یا چهار روزC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG 4. تمام روزهای هفتهC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG |
| 26. میزان مصرف روزا نه میوه شما چقدر است؟(یک سیب متوسط حدود 150 گرم است)  1. اصلا میوه نمی خورمC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG 2. کمتر از 200 گرمC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG 200.3 تا 500 گرمC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG 4. بیشتر از 500 گرمC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG |
| 27. میزان مصرف سیزی های شما در طول هفته چقدر است؟  1. اصلا نمی خورمC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG2. یک یا دو روز C:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG 3. سه یا چهار روزC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG 4. تمام روزهای C:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG |
| 28. میزان مصرف انواع شیرینی (کیک، شکلات و...) در هفته چقدر است؟  1. تمام روزهای هفتهC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG2. یک یا دو روز C:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG 3. سه یا چهار روزC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG 4. اصلا نمی خورمC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG |
| 29. از غلات حجیم شده(پفک، ذرت و گندم بو داده شده) چند بار در طول هفته استفاده می کنید؟  1. تمام روزهای هفتهC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG2. یک یا دو روز C:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG 3. سه یا چهار روزC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG 4. اصلا نمی خورمC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG |
| 30. در طول هفته چند بار از نوشابه های گازدار شیرین، آب میوه های صنعتی و ماالشعیر استفاده می کنید؟  1. تمام روزهای هفتهC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG2. یک یا دو روز C:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG 3. سه یا چهار روزC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG 4. اصلا نمی خورمC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG |
| 31. غذاهای آماده(فست فود) سیب زمینی سرخ کرده و چیپس در رژیم غذایی شما چه جایگاهی دارد؟  1. تمام روزهای هفتهC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG2. یک یا دو روز C:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG 3. سه یا چهار روزC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG 4. اصلا نمی خورمC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG |
| 32. آیا روزا نه شیر، ماست یا دوغ(یه میزان دو لیوان) مصرف می کنید؟  1. تمام روزهای هفتهC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG2. یک یا دو روز C:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG 3. سه یا چهار روزC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG 4. اصلا نمی خورمC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG |
| 33. میزان اشتهای خود را چگونه ارزیابی می کنید؟  1. زیادC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG 2. معمولیC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG 3. کمC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG |

|  |
| --- |
| الف-3)- *سابقه پزشکی فرد(توسط دانشجو)* |

|  |
| --- |
| 34. کدامیک از مشکلات زیر را تاکنون داشته اید؟  1. اختلالات قلبی و عروقیC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG 2. احساس خستگی مزمنC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG 3. دردهای اسکلتی\_ عضلانیC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG 4. ناراحتی های گوارشیC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG  5. فشار خون بالاC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG 6. سر درد دوره ایC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG 7 .د یابت(بیماری قند)C:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG 8. اختلال کارکرد تیروئیدC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG  9. کم خونی تایید شدهC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG 10. بالا بودن چربی خونC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG 11.تشنج و صرعC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG 12. آسم و سایر بیماری های مزمن تنفسیC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG  13. کاهش شنوایی C:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG 14.بیماری های صعب العلاج(سرطان، ام اس، اچ ای وی و...)C:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG ذکر شود.  15.مشکلات دستگاه ادراری(عفونت، سنگ و...)C:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG 16. سابقه عمل جراحی یا بستری شدن در بیمارستانC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNGعلت....  17.مشکلات مادرزادیC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG ذکر شود.... 18.معلولیتC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG نوع و علت.....  19. سابقه هیچکدام از بیماری های فوق را ندارمC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG  35. هنگام انجام فعالیت های بدنی دجار کدامیک ازمشکلات زیر می شوید؟  1. درد قفسه سینهC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG 2. سرگیجهC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG 3.سرفهC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG 4. هیچکدامC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG |
| 36. آیا در حال حاضر تحت درمان با داروی خاصی هستید؟  1. خیرC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG 2. بلیC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG نام دارو ها ذکر شود.... |
| 37.آیا سابقه حساسیت به دارو یا غذای خاصی دارید؟  1. خیرC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG 2. بلیC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG نام دارو ها ، علت و مدت استفاده ذکر شود.... |
| 38. آیا بدون تجویز پزشک دارویی مصرف می کنید؟ 1. خیرC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG 2. بلیC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG  اگر جوابتان مثبت است چه دارویی مصرف می کنید؟   1. آنتی بیوتیکC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG2. مسکن های سادهC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG 3.دیابت(بیماری قند)C:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG 4. داروهای آرامبخشC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG 5.داروهای نیرو زاC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG 6. سایر مواردC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNGذکر شود...... |
| *- سابقه پزشکی خانواده (توسط دانشجو )* |

|  |
| --- |
| 39. کدامیک از موارد زیر در خانواده درجه یک (پدر، مادر، خواهر و برادر) شما وجود دارد؟  1. فشار خون بالاC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG 2. سابقه سکته قلبی زیر پنجاه سالC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG 3. دیابت(بیماری قند)C:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG 4. سرطانC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG 5. مصرف دخانیات(سیگار، پیپ، قلیان)C:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG 6. بالابودن چربی های خونC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG 7. چاقیC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG 8.بیمارهای اعصاب و روانC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG 9. بیماری های کلیویC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG |

- وضعیت ایمنی سازی

|  |
| --- |
| 40. آیا واکسیناسیون شما کامل انجام شده است؟  1. خیرC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG 2. بلیC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG3. نمی دانمC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG |
| 41. آیا واکسن هپاتیت ب را دریافت کرده اید؟  1. خیرC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG 2. بلیC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG3. نمی دانمC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG |
| 42. آیا در دوره دبیرستان واکسن توام(دیفتری، کزاز) دریافت کرده اید؟  1. خیرC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG 2. بلیC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG3. نمی دانمC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *الف – 4 ) \*\*پاسخ به* 28 سؤال روانپزشکی توسط دانشجو داخل پاسخنامه در ذیل علامت بزنید)  A1- آيا از يك ماه گذشته تا به امروز احساس كرده ايد كه كاملا" خوب و سالم هستيد؟  الف- بيشتر از هميشه ب- مثل هميشه ج- كمتر از هميشه د- خيلي بدتر از هميشه  2- آيا از يك ماه گذشته تا به امروز احساس كرده ايد كه به داروي تقويتي نياز داريد؟  الف – خير ب- كمي ج- زياد د- خيلي زياد  3- آيا از يك ماه گذشته تا به امروزاحساس ضعف و سستي كرده ايد؟  الف – خير ب- كمي ج- زياد د- خيلي زياد  4- آيااز يك ماه گذشته تا به امروز احساس كرده ايدكه بيمار هستيد؟  الف – خير ب- كمي ج- زياد د- خيلي زياد  5-آيا از يك ماه گذشته تا به امروزسردرد داشته ايد؟  الف – خير ب- كمي ج- زياد د- خيلي زياد  6- آياازيك ماه گذشته تا به امروز احساس كرده ايدكه سرتان را محكم باچيزي مثل دستمال بسته اند يا اين كه فشاري به سرتان وارد مي شود؟  الف – خير ب- كمي ج- زياد د- خيلي زياد  7- آيااز يك ماه گذشته تا به امروز احساس كرده ايدكه بعضي وقتها بدنتان داغ ويا سرد مي شود؟  الف – خير ب- كمي ج- زياد د- خيلي زياد  B8- آيا از يك ماه گذشته تا به امروزاتفاق افتاده كه بر اثر نگراني دچار بي خوابي شده باشيد؟  الف – خير ب- كمي ج- زياد د- خيلي زياد  9- آيااز يك ماه گذشته تا به امروزشبها وسط خواب بيدار مي شويد؟  الف – خير ب- كمي ج- زياد د- خيلي زياد  10- آيااز يك ماه گذشته تا به امروزاحساس كرده ايد كه دائما" تحت فشار هستيد؟  الف – خير ب- كمي ج- زياد د- خيلي زياد  11-آيااز يك ماه گذشته تا به امروزعصباني وبد خلق شده ايد؟  الف – خير ب- كمي ج- زياد د- خيلي زياد  12- آيااز يك ماه گذشته تا به امروزبدون هيچ دليل قانع كننده اي هراسان ويا وحشت زده شده ايد؟  الف – خير ب- كمي ج- زياد د- خيلي زياد  13- آيااز يك ماه گذشته تا به امروزمتوجه شده ايد كه انجام هركاري از توانايي شما خارج است؟  الف – خير ب- كمي ج- زياد د- خيلي زياد  14-آيااز يك ماه گذشته تا به امروزاحساس كرده ايدكه در تمامي مدت عصبي هستيدو دلشوره داريد؟  الف – خير ب- كمي ج- زياد د- خيلي زياد  C15-آيااز يك ماه گذشته تا به امروزتوانسته ايد خودتان را مشغول وسرگرم نگه داريد؟  الف- بيشتر از هميشه ب- مثل هميشه ج- كمتر از هميشه د- خيلي بدتر از هميشه  16-آيااز يك ماه گذشته تا به امروزاتفاق افتاده كه وقت بيشتري را صرف انجام كارها نماييد؟  الف – خير ب- كمي ج- زياد د- خيلي زياد  17-آيااز يك ماه گذشته تا به امروزبطوركلي احساس كرده ايد كه كارهارا بخوبي انجام مي دهيد؟  الف- بيشتر از هميشه ب- مثل هميشه ج- كمتر از هميشه د- خيلي بدتر از هميشه  18-آيااز يك ماه گذشته تا به امروزاز نحوه انجام كارهايتان احساس رضايت مي كنيد؟  الف- بيشتر از هميشه ب- مثل هميشه ج- كمتر از هميشه د- خيلي بدتر از هميشه  19-آيااز يك ماه گذشته تا به امروزاحساس كرده ايد كه نقش مفيدي درانجام كارها به عهده داريد؟  الف- بيشتر از هميشه ب- مثل هميشه ج- كمتر از هميشه د- خيلي بدتر از هميشه  20-آيااز يك ماه گذشته تا به امروزتوانايي تصميم گيري درباره مسائل را داشته ايد؟  الف- بيشتر از هميشه ب- مثل هميشه ج- كمتر از هميشه د- خيلي بدتر از هميشه  21-آيااز يك ماه گذشته تا به امروز قادر بوده ايد ازفعاليتهاي روزمره زندگي لذت ببريد؟  الف- بيشتر از هميشه ب- مثل هميشه ج- كمتر از هميشه د- خيلي بدتر از هميشه  D22-آيااز يك ماه گذشته تا به امروزفكر كرده ايد كه شخص بي ارزشي هستيد؟  الف – خير ب- كمي ج- زياد د- خيلي زياد  23- آياازيك ماه گذشته تا به امروزاحساس كرده ايد كه زندگي كاملا" نا اميد كننده است؟  الف – خير ب- كمي ج- زياد د- خيلي زياد  24-آيااز يك ماه گذشته تا به امروزاحساس كرده ايد كه زندگي ارزش زنده بودن را ندارد؟  الف – خير ب- كمي ج- زياد د- خيلي زياد  25-آياازيك ماه گذشته تابه امروزبه اين مسئله فكركرده ايدكه ممكن است دست به خود كشي بزنيد؟  الف – خير ب- كمي ج- زياد د- خيلي زياد  26-آياازيك ماه گذشته تابه امروزاحساس كرده ايدكه چون اعصابتان خراب است نمي توانيدكاري انجام بدهيد؟  الف – خير ب- كمي ج- زياد د- خيلي زياد  27-آياازيك ماه گذشته تابه امروزبه اين نتيجه رسيده ايدكه اي كاش مرده بوديدوكلا"ازشرزندگي خلاص مي شديد؟  الف – خير ب- كمي ج- زياد د- خيلي زياد  28-آياازيك ماه گذشته تابه امروزاين فكربه ذهنتان رسيده است كه بخواهيد به زندگيتان خاتمه دهيد؟  الف – خير ب- كمي ج- زياد د- خيلي زياد   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | **A** | | | |  |  | **C** | | | | | **شماره** | **الف ب ج د** | | | | **شماره** | **الف ب ج د** | | | | | **1** |  |  |  |  | **15** |  |  |  |  | | **2** |  |  |  |  | **16** |  |  |  |  | | **3** |  |  |  |  | **17** |  |  |  |  | | **4** |  |  |  |  | **18** |  |  |  |  | | **5** |  |  |  |  | **19** |  |  |  |  | | **6** |  |  |  |  | **20** |  |  |  |  | | **7** |  |  |  |  | **21** |  |  |  |  | |  | | | | |  | | | | | | **شماره** | **B** | | | | شماره | **D** | | | | | **الف ب ج د** | | | | **الف ب ج د** | | | | | **8** |  |  |  |  | **22** |  |  |  |  | | **9** |  |  |  |  | **23** |  |  |  |  | | **10** |  |  |  |  | **24** |  |  |  |  | | **11** |  |  |  |  | **25** |  |  |  |  | | **12** |  |  |  |  | **26** |  |  |  |  | | **13** |  |  |  |  | **27** |  |  |  |  | | **14** |  |  |  |  | **28** |  |  |  |  |     **T D c B A**       * **تشخیص اولیه مشکلات روانی :** * **A: اختلالات جسمانی C:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG** * **B: " " اضطرابی C:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG** * **C: " " کارکرد اجتمایی C:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG** * **D: " " افسردگی C:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG** * **ارجاع به روانپزشک نیاز دارد C:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG ندارد C:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG پیگیری وبررسی شود C:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG**     -  - اضطر |
| **ب )- معاینات جسمی وروانی :( توسط پزشک )**  ب-1) قد ، وزن ، فشار خون ، BMI |
| |  | | --- | | 42. قد: 43. وزن: 44. وزن به کیاوگرم/ مجذورقد به متر یا BMI | | 45.فشار خون 1.دیاستول:........................................2. سیستول:...................................46. فشار خون بالا(90/140 و بالاتر) 1. خیرC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG 2. بلی C:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG |   2-2- اندازه گیری قدرت بینایی(طبیعیC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNGاصلاح شدهC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG) |

|  |
| --- |
| 47. وضعیت بینایی چشم راست: 1. 10/10C:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG 2. 10/9 C:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG 3. 10/8 و کمتر C:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG |
| 48. وضعیت بینایی چشم چپ: 1. 10/10C:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG 2. 10/9 C:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG 3. 10/8 و کمتر C:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG |
| 49. با توجه به وضعیت بینایی مراجعه دانشجو به چشم پزشک توصیه می شود؟ 1. خیرC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG 2. بلی C:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG |
| 50. آیا هر دو چشم سالم است ؟ اگر نه نام بیماری.......................... |

2-3- معاینه دهان و دندان:

|  |
| --- |
| 50. وضعیت بهداشت دندان کدام گزینه است؟ 1. بدC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG 2. متوسطC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG 3.خوبC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG |
| 51. وضعیت بهداشت لثه کدام گزینه است؟ 1. بیماری لثه(پیوره)C:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG 2. التهاب لثهC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG 3.طبیعیC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG |
| 52. تعداد دندان های پوسیده؟ صفر C:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG ................عدد |
| 53. تعداد دندان های پر شده به علت پوسیدگی؟ صفر C:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG ................عدد |
| 54. تعداد دندان های کشیده شده به علت پوسیدگی؟ صفر C:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG ................عدد |
| 55.با توجه به معاینات وضعیت دهان و دندان مراجعه دانشجو به دندانپزشک توصیه می شود؟1. خیرC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG 2. بلی C:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG |

\*\*\* *معاینات بدنی و بررسی های بالینی*: (توسط پزشک پردیس (:

(لطفاّ پیش از معاینه، مروری بر شرح حال باربارا بیتز داشته باشید )

- پوست :

- جمجمه :

- گوش :

-بینی:

-دهان:

-گلو:

-گردن:

-غدد لنفاوی:

-قفسه سینه:

-پستان:

-قلب وعروق :

- ریه:

-شکم:

- اندام تناسلی:

-مقعد:

-اعصاب: (زوج های مغزی و محیطی) :

- اندام (فوقانی و تحتانی):

-استخوان- مفاصل – عضلات:

|  |
| --- |
|  |

- خلاصه

|  |
| --- |
| -تشخیص اولیه : |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ردیف | تاریخ مراجعه به پزشک پردیس | ثبت دارو و درمان انجام شده (به طور خلاصه) |
|  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ردیف | تاریخ ارجاع به پزشک متخصص یا بیمارستان | نوع تخصص | ثبت خلاصه نتایج دارو و درمان پزشک متخصص توسط پزشک پردیس |
|  |  |  |  |

* نمون برگ ج)

**اظهار نظر پزشکی(مبنی بر توانایی انجام کار معلمی )**

**از نظر جسمی و روانی**

الف) *اظهار نظر پزشک پردیس* :

1. از نظر جسمی و روا نی توانایی کار معلمی داردC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG نداردC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG

2. نیاز به بررسی بیشتر دارد، ارجاع به پزشک متخصصC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG

**تاریخ ،امضاء و مهر پزشک**

**پردیس**

- نوع تخصص -......................................................................

-.......................................................................

-.........................................................................

ب) *اظهار نظر پزشک متخصص* ( اول ):

1. آقا/ خانم دانشجو. .....................................................رشته ..................................................................

\*توانایی انجام کار معلمی را از نظر جسمی و روانی داردC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG

\*توانایی انجام کار معلمی را از نظر جسمی و روانی بدلایل........................................................................................................................................................

..................................................................................................................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................................................................................................................

نداردC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG

**تاریخ وامضاء و مهر پزشک**

**متخصص**

1. *اظهار نظر پزشک متخصص*( دوم ):

آقا /خانم دانشجو........................................................... رشته ..............................................................

\*توانایی انجام کار معلمی را از نظر جسمی و روانی داردC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG

\*توانایی انجام کار معلمی را از نظر جسمی و روانی بدلایل........................................................................................................................................................

..................................................................................................................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................................................................................................................

.................................................................................................................................................................................................... نداردC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG

**تاریخ وامضاء و مهر پزشک**

**متخصص**

* نمون برگ " د "

**برگه اعتراض دا نشجو به نظرات پزشکی:**

اینجانب دانشجو.......................................................فرزند......................................شماره دانشجویی/پرسنلی................................................ به نتایج پزشکان اعتراض داشته و تقاضای ارجاع به کمیسیون پزشکی درما نگاه آموزش و پرورش شهر....................................را به دلایل ذیل دارم:

..................................................................................................................................................................................................................................................

..................................................................................................................................................................................................................................................

..............

**تاریخ، اثر انگشت و امضاء**

**دانشجو معلم**

نمون برگ " ه "

*اضهار نظر نهایی کمسیسون پزشکی استان*:.......................

دانشجو معلم آقا/خانم.....................................................شماره دانشجویی/پرسنلی..............................................پردیس ...................... ارجاعی در تاریخ .................................

*نظر کمیسیون*:

1. صلاحیت ایشان از نظر جسمی و روانی برای کار معلمی بلامانع استC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG

**مهر ،تاریخ و امضاء رییس کمیسیون**

2. صلاحیت ایشان از نظر جسمی و روانی برای کار معلمی بدلایل ذیل :............................................................................................................................................

.............................................................................................................................................................................................................................................................

.............................................................................................................................................تایید نمی شودC:\Users\mmosavi\Desktop\Capture1.PNG

**مهر ، تاریخ و امضاء رییس کمیسیون**