

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
 فرم ارزیابی دوره ای دانشجویان جدیدالورود (۲۹-۱۸ سال)

اطلاعات کلی	
کدملی:	
تاریخ تشکیل پرونده:	
کد فرد:	

الف) مشخصات فردی	
این قسمت توسط جوان تکمیل شود:	
۱- نام و نام خانوادگی: .....	۹- محل اقامت فعلی: خوابگاه <input type="checkbox"/> خانه دانشجویی <input type="checkbox"/> منزل <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
۲- جنس: مونث <input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/>	۱۰- تحت پوشش بیمه: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۳- دانشجوی: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	۱۱- سطح تحصیلات: بیسواد <input type="checkbox"/> ابتدایی <input type="checkbox"/> دبیرستان <input type="checkbox"/> دیپلم <input type="checkbox"/> لیسانس <input type="checkbox"/> بالاتر از لیسانس <input type="checkbox"/>
۴- محل تولد: .....	۱۲- وضعیت اشتغال: شاغل <input type="checkbox"/> بیکار <input type="checkbox"/> گروه خونی: .....
۵- تاریخ تولد: .....	۱۳- تلفن ثابت: ..... همراه: .....
۶- وضعیت تاهل: مجرد <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> طلاق گرفته <input type="checkbox"/> متارکه <input type="checkbox"/> همسر فوت شده <input type="checkbox"/>	۱۴- آدرس ایمیل: .....
۷- در صورت تأهل تعداد فرزندان: .....	
۸- با چه کسانی زندگی می کنید؟ والدین <input type="checkbox"/> یکی از والدین <input type="checkbox"/> خواهر و برادر <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/> بستگان <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>	
آدرس محل سکونت: .....	

ب) سابقه بیماری در خانواده (منظور پدر و مادر، خواهر و برادر شما می باشد) (توسط دانشجو تکمیل شود):

۱- دیابت	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی داند <input type="checkbox"/>	۶- سرطان	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی داند <input type="checkbox"/>	۱۱- اختلالات روانپزشکی	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی داند <input type="checkbox"/>
۲- سکنه قلبی در کمتر از ۵۵ سالگی	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی داند <input type="checkbox"/>	۷- سل	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی داند <input type="checkbox"/>	۱۲- در صورتی سؤال ۸ مثبت است، لطفاً نوع آن را مشخص فرمایید: .....	
۳- سکنه مغزی	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی داند <input type="checkbox"/>	۸- هپاتیت	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی داند <input type="checkbox"/>	۱۳- بیماریهای تیروئید (گواتر، پرکار و کم کاری)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی داند <input type="checkbox"/>
۴- چربی خون بالا	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی داند <input type="checkbox"/>	۹- ایدز	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی داند <input type="checkbox"/>	۱۴- سابقه مصرف مواد دخانی	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی داند <input type="checkbox"/>
۵- فشار خون بالا	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی داند <input type="checkbox"/>	۱۰- اگر جواب سؤال ۶ مثبت است لطفاً نوع آن را شرح دهید: .....		۱۵- سابقه مصرف الکل	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی داند <input type="checkbox"/>
				۱۶- سابقه مصرف سایر مواد: سایر (توضیح دهید):	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی داند <input type="checkbox"/>

ج) سابقه بیماری در فرد (توسط دانشجو تکمیل شود):

۱- دارو	حساسیت به: پنی سیلین <input type="checkbox"/> آسپیرین <input type="checkbox"/> سایر: <input type="checkbox"/> توضیح داده شود: .....
۲- بیماری عفونی	سل <input type="checkbox"/> ایدز <input type="checkbox"/> هپاتیت (زردی) <input type="checkbox"/> مالاریا <input type="checkbox"/> سایر: توضیح داده شود.
۳- اختلالات خون	کم خونی تأیید شده توسط آزمایش خون <input type="checkbox"/> تالاسمی مینور <input type="checkbox"/> تالاسمی ماژور <input type="checkbox"/> هموفیلی <input type="checkbox"/> سایر موارد <input type="checkbox"/>
۴- گوش، حلق و بینی	کاهش شنوایی <input type="checkbox"/> سینوزیت مزمن <input type="checkbox"/> حساسیت فصلی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
۵- بیماری قلبی عروقی	فشار خون بالا <input type="checkbox"/> آریتمی ها <input type="checkbox"/> بیماری های مادر زادی قلب <input type="checkbox"/>
۶- غدد و متابولیسم	چربی خون بالا <input type="checkbox"/> دیابت <input type="checkbox"/> پرکاری تیروئید <input type="checkbox"/> کم کاری تیروئید <input type="checkbox"/>
۷- کلیه و مجاری ادراری	پیلونفریت مزمن <input type="checkbox"/> عفونت ادراری <input type="checkbox"/>
۸- مغز و اعصاب	صرع <input type="checkbox"/>
۹- اختلالات روانپزشکی تأیید شده	اختلال دوقطبی <input type="checkbox"/> اختلال اضطرابی <input type="checkbox"/> اختلال سایکوتیک <input type="checkbox"/> قصد یا اقدام به خودکشی <input type="checkbox"/> افسردگی <input type="checkbox"/> پرخاشگری <input type="checkbox"/>
۱۰- تناسلی	عفونت های منتقله جنسی: سوزاک <input type="checkbox"/> سفلیس <input type="checkbox"/> تب خال تناسلی <input type="checkbox"/> زخم و زگیل تناسلی <input type="checkbox"/>
۱۱- زنان	واژینیت <input type="checkbox"/> میوم <input type="checkbox"/> تومورهای تخمدان <input type="checkbox"/> کیست تخمدان <input type="checkbox"/> توده یا ترشح غیرطبیعی پستان <input type="checkbox"/>
۱۲- سابقه مصرف	سیگار <input type="checkbox"/> قلیان <input type="checkbox"/> سایر موارد <input type="checkbox"/> : توضیح دهید: .....
۱۳- نقص عضو	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> توضیح دهید:
۱۴- سوابق بیمارستانی	۱- سابقه عمل جراحی: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> علت: .....
	۱- سابقه بستری شدن: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> علت: .....
	۱- سابقه تزریق خون: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> علت: .....
۱۵- موارد دیگر	.....

ب) غربالگری اولیه سلامت روان: (توسط دانشجو تکمیل شود)

چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس می کردید، مضطرب و عصبی هستید؟

- ۱- همیشه  ۲- بیشتر اوقات  ۳- گاهی اوقات  ۴- بندرت  ۵- اصلاً

چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس ناامیدی می کردید؟

- ۱- همیشه  ۲- بیشتر اوقات  ۳- گاهی اوقات  ۴- بندرت  ۵- اصلاً

چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس ناآرامی و بی قراری می کردید؟

- ۱- همیشه  ۲- بیشتر اوقات  ۳- گاهی اوقات  ۴- بندرت  ۵- اصلاً

چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس افسردگی و غمگینی می کردید؟

- ۱- همیشه  ۲- بیشتر اوقات  ۳- گاهی اوقات  ۴- بندرت  ۵- اصلاً

چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس می کردید که انجام دادن هر کاری برای شما خیلی سخت است؟

- ۱- همیشه  ۲- بیشتر اوقات  ۳- گاهی اوقات  ۴- بندرت  ۵- اصلاً

چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس بی ارزشی می کردید؟

- ۱- همیشه  ۲- بیشتر اوقات  ۳- گاهی اوقات  ۴- بندرت  ۵- اصلاً

ت) غربالگری اولیه سوء مصرف مواد (توسط دانشجو)

پریشش ۳- در صورت پاسخ مثبت به هر یک: در سه ماه اخیر چطور؟	بله	خیر	پریشش ۱- در طول عمر خود کدام یک از مواد زیر را تاکنون مصرف کرده اید؟ (فقط مصرف غیر پزشکی)	بله	خیر
			الف- انواع تنباکو، سیگار، قلیان، khs و غیره		
			ب- داروهای مسکن اپیوئیدی ترامادول، کدئین، دیفنوکسیلات و غیره		
			ج- داروهای آرامبخش یا خواب آور (دیازپام، آلپرازولام، کلونازپام، فنوباریتال، غیره		
			د- نوشیدنی های الکلی (آبجو، شراب، عرق، غیره		
			پریشش ۲- مواد دیگر چطور؟ (فقط مصرف غیر پزشکی)		
			الف- مواد افیونی غیر قانونی (تریاک، شیر، سوخته، هروئین، کراک هروئین، غیره		
			ب- حشیش (سیگاری، گراس، بنگ، غیره		
			ج- محرک های آفتامینی (شیشه، اکستازی، اکس، ریتالین، غیره		
			د- سایر- مشخص کنید:		

ث) غربالگری رفتارهای تغذیه ای: (توسط دانشجو)

<input type="checkbox"/>	۲ تا ۴ سهم یا بیشتر	<input type="checkbox"/>	کمتر از ۲ سهم	<input type="checkbox"/>	بندرت/ هرگز	۱- مصرف میوه روزانه چقدر است؟
<input type="checkbox"/>	۳ تا ۵ سهم	<input type="checkbox"/>	کمتر از ۳ سهم	<input type="checkbox"/>	بندرت/ هرگز	۲- مصرف سبزی روزانه شما چقدر است؟
<input type="checkbox"/>	۱۵۰ دقیقه در هفته و بیشتر	<input type="checkbox"/>	کمتر از ۱۵۰ دقیقه در هفته	<input type="checkbox"/>	بدون فعالیت بدنی هدفمند	۳- به چه میزان فعالیت بدنی در هفته دارد؟ (حداقل فعالیت بدنی معادل به ۳۰ دقیقه با تواتر ۵ بار در هفته)
<input type="checkbox"/>	بندرت/ هرگز	<input type="checkbox"/>	ماهی یکی دوبار	<input type="checkbox"/>	هفته ای دوبار یا بیشتر	۴- مصرف فست فود و یا نوشابه های گازدار چگونه است؟
<input type="checkbox"/>	۲ سهم یا بیشتر	<input type="checkbox"/>	کمتر از ۲ سهم	<input type="checkbox"/>	بندرت/ هرگز	۴- واحد مصرفی شیر و لبنیات روزانه چقدر است؟
<input type="checkbox"/>	بندرت/ هرگز	<input type="checkbox"/>	گاهی	<input type="checkbox"/>	همیشه	آیا از نمکدان سر سفره استفاده می کند؟
<input type="checkbox"/>	فقط گیاهی مایع (معمولی و مخصوص سرخ کردنی	<input type="checkbox"/>	تلفیقی از انواع روغن های مایع و نیمه جامد	<input type="checkbox"/>	فقط روغن نیمه جامد، جامد یا حیوانی	از چه نوع روغنی بیشتر مصرف میکنید؟

ج) ارزیابی اولیه (غیرپزشک) توسط مراقب سلامت تکمیل شود)																			
پی گیری	توضیحات	نتیجه ارجاع			ارجاع	مشکوک	اختلال ندارد	اختلال دارد	عضو										
		مشکوک	بیماری	اختلال					سیستول	دیاستول	وزن	قد	نمایه توده بدنی						
											کمتر از ۱۸/۵								
											۱۸/۲۴-۵/۹								
											۲۹-۲۵/۹								
											۳۴-۳۰/۹								
											۳۹-۳۵/۹								
											بیشتر از ۴۰								
											دهان و دندان								
											ریه								
											شکم								
											ارزیابی از نظر رفتارهای مخاطره آمیز								

چ) واکسیناسیون (توسط مراقب سلامت تکمیل شود).	
<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی	واکسیناسیون فرد کامل است
<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی	واکسیناسیون فرد ناقص است
<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی	در صورتیکه واکسیناسیون فرد ناقص است آیا پیگیری یک ماه بعد به منظور تکمیل واکسیناسیون انجام شده است؟

خ) معاینات فیزیکی (پزشک)	
این قسمت توسط پزشک تکمیل شود.	
چشم	سالم است <input type="checkbox"/> وجود یافته غیرطبیعی در معاینه <input type="checkbox"/> نوع یافته .....
گوش	سالم است <input type="checkbox"/> وجود یافته غیرطبیعی در معاینه <input type="checkbox"/> نوع یافته .....
بینی	سالم است <input type="checkbox"/> وجود یافته غیرطبیعی در معاینه <input type="checkbox"/> نوع یافته .....
حلق	سالم است <input type="checkbox"/> وجود یافته غیرطبیعی در معاینه <input type="checkbox"/> نوع یافته .....
گردن	سالم است <input type="checkbox"/> وجود یافته غیرطبیعی در معاینه <input type="checkbox"/> نوع یافته .....
قلب و عروق	سالم است <input type="checkbox"/> وجود یافته غیرطبیعی در معاینه <input type="checkbox"/> نوع یافته .....
ریه	سالم است <input type="checkbox"/> وجود یافته غیرطبیعی در معاینه <input type="checkbox"/> نوع یافته .....
شکم	سالم است <input type="checkbox"/> وجود یافته غیرطبیعی در معاینه <input type="checkbox"/> نوع یافته .....
اندام ها	سالم است <input type="checkbox"/> وجود یافته غیرطبیعی در معاینه <input type="checkbox"/> نوع یافته .....
مغز و اعصاب	سالم است <input type="checkbox"/> وجود یافته غیرطبیعی در معاینه <input type="checkbox"/> نوع یافته .....
پوست و مو	سالم است <input type="checkbox"/> وجود یافته غیرطبیعی در معاینه <input type="checkbox"/> نوع یافته .....
تناسلی ادراری	سالم است <input type="checkbox"/> وجود یافته غیرطبیعی در معاینه <input type="checkbox"/> نوع یافته .....
ستون مهره ها	سالم است <input type="checkbox"/> وجود یافته غیرطبیعی در معاینه <input type="checkbox"/> نوع یافته .....
مفاصل	سالم است <input type="checkbox"/> وجود یافته غیرطبیعی در معاینه <input type="checkbox"/> نوع یافته .....
روان	سالم است <input type="checkbox"/> وجود یافته غیرطبیعی در معاینه <input type="checkbox"/> نوع یافته .....
سایر موارد	
توضیح درباره یافته‌های غیرطبیعی در معاینه .....	
این قسمت توسط مراقب سلامت تکمیل شود.	
دندان و دهان	دندان پوسیده دارد <input type="checkbox"/> وضعیت لثه <input type="checkbox"/> خونریزی از لثه دارد <input type="checkbox"/>
	دندان درد دارد <input type="checkbox"/> نیاز به ارجاع فوری به دندانپزشک دارد <input type="checkbox"/>

د) اظهار نظر پزشک عمومی	
این قسمت توسط پزشک تکمیل شود:	
سالم است <input type="checkbox"/> مبتلا به بیماری / اختلال ..... می باشد.	جوان
ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> معاینات تکمیلی تخصصی .....	نیاز به معاینات تکمیلی تخصصی
ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> نتیجه پیگیری .....	نیاز به پیگیری
ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> نتیجه آزمایشات تکمیلی .....	نیاز به آزمایشات تکمیلی
ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> نتیجه ارجاع .....	نیاز به ارجاع
.....	توصیه های پزشک عمومی
مهر و امضاء پزشک:	تاریخ: .....

ذ) اظهار نظر پزشک متخصص	
سالم است <input type="checkbox"/> مبتلا به بیماری / اختلال ..... می باشد.	این جوان
.....	توصیه های پزشک متخصص / فوق تخصص و اقدامات لازم
مهر و امضاء پزشک متخصص / فوق تخصص:	تاریخ: .....

پیگیری اطلاعات و توصیه ها					
توصیه ها	نتیجه ارجاع	محل ارجاع	تاریخ ارجاع	نوع اختلال / بیماری	تاریخ معاینه