

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

اطلاعات کلی	
کد ملی	
تاریخ تشکیل پرونده	
کدفرد	

تکمیل این شناسنامه جنبه آشنایی با سوابق پزشکی شما را داشته و با توجه به محرمانه بودن اطلاعات آن، در راستای ارائه خدمات بهداشتی، درمانی به شما، مورد استفاده قرار خواهد گرفت. مطالعه و پاسخ دقیق به سوالات، ما را در این امر یاری می نماید. اینجانب متعهد می گردم در صورتی که بر اساس کتمان در پاسخگویی به سوالات، نقض یا خلی در فرآیند بررسی وضعیت سلامت ایجاد شود به نوعی که منجر به خسارت های جسمی، روحی یا معنوی در آینده گردد، پزشک معاینه کننده هیچگونه مسئولیتی برعهده نخواهد داشت.

نام و نام خانوادگی و امضاء 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- دانشجو: 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"/>
۴- محل تولد:	لیسانس <input type="checkbox"/> بالاتر از لیسانس <input type="checkbox"/>
۵- تاریخ تولد:	
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"/>	وضعیت اشتغال: شاغل <input type="checkbox"/> بیکار <input type="checkbox"/> خانه دار <input type="checkbox"/>
۷- در صورت تاهل تعداد فرزندان:	محل <input type="checkbox"/> دانشجو <input type="checkbox"/> از کار افتاده <input type="checkbox"/>
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"/>	۱۳- تلفن ثابت: همراه:
آدرس محل سکونت:	۱۴- آدرس ایمیل:

ب) سابقه بیماری در خانواده (منظور پدر و مادر، خواهر و برادر شما می باشد)

این قسمت توسط فرد تکمیل شود. لطفاً اگر فردی در خانواده شما سابقه مشکلات زیر را دارد "بلی، خیر یا نمی دانم" را در داخل علامت ✓ بزنید.

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- اختلالات روانپزشکی	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/>
۲- سکت قلبی در کم تر از ۵۵ سالگی	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- در صورتی که سوال ۸ مثبت است لطفاً نوع آن را مشخص فرمایید:	
۳- سکت مغزی	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/>	۸- هپاتیت	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/>	۱۳- بیماری های تیروئید (گوتر، پرکاری و کم کاری)	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- ایدز	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/>	۱۴- سابقه مصرف مواد دخانی	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/>
۵- فشار خون بالا	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/>	۱۰- اگر جواب سوال ۶ مثبت است لطفاً نوع آن را شرح دهید:		۱۶- سابقه مصرف سایر مواد:	سایر (توضیح دهید):

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

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

چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس ناامیدی می کردید؟

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

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

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

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

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

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- اصلا

چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس بی ارزشی می کردید؟

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

ت) غربالگری اولیه سو مصرف مواد:

بله	خیر	بله	خیر
			پرسش ۱- در طول عمر خود، کدام یک از مواد زیر را تاکنون مصرف کرده‌اید؟ (فقط مصرف غیر پزشکی)
			الف- انواع تنباکو (سیگار، قلیان، ناس، غیره)
			ب- داروهای مسکن آپیوئیدی (ترامادول، کدئین، دیفنوکسیلات، غیره)
			ج- داروهای آرام‌بخش یا خواب‌آور (دیازپام، آلپرازولام، کلونازپام، فنوباریتال، غیره)
			د- نوشیدنی‌های الکلی (آبجو، شراب، غرق، غیره)
			پرسش ۲- مواد دیگر چطور؟ (فقط مصرف غیر پزشکی)
			الف- مواد افیونی غیرقانونی (تریاک، شیره، سوخته، هرویین، کراک هروئین، غیره)
			ب- حشیش (سیگاری، گراس، بنگ، غیره)
			ج- محرک‌های آمفتامینی (شیشه، اکستازی، اکس، ریتالین، غیره)
			د- سایر- مشخص کنید:

ث) غربالگری رفتارهای تغذیه ای :

<input type="checkbox"/>	آنا 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"/>	آنا ۵ سهم	<input type="checkbox"/>	کمتر از ۳ سهم	<input type="checkbox"/>	بندرت/هرگز	۲- مصرف سبزی روزانه شما چقدر است ؟
<input type="checkbox"/>	بدون فعالیت بدنی هدفمند	<input type="checkbox"/>	۲- ۱۵۰ دقیقه و بیشتر	<input type="checkbox"/>	کمتر از ۱۵۰ دقیقه در هفته	۲- چه میزان فعالیت بدنی در هفته دارد؟ (حداقل فعالیت بدنی معادل با ۳۰ دقیقه با تواتر ۵ بار در هفته)
<input type="checkbox"/>	ماهی یکی دوبار	<input type="checkbox"/>	هفته ای دو بار یا بیشتر	<input type="checkbox"/>	بندرت/هرگز	۳- 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"/>	همیشه	<input type="checkbox"/>	گاهی	<input type="checkbox"/>	بندرت/هرگز	۵- 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	۶- از چه نوع روغنی بیشتر مصرف میکنید؟

ج) ارزیابی اولیه (غیر پزشک)

عضو	اختلال دارد	اختلال ندارد	مشکوک	ارجاع	نتیجه ارجاع			توضیحات	پی گیری
					مشکوک	بیماری	اختلال		
قلب و عروق (فشارخون بالا)	سیستول								
	دیاستول								
نمایه توده بدنی	کمتر از ۱۸/۵								
	۲۵-۲۹/۹								
	۳۰-۳۴/۹								
	۳۵-۳۹/۹								
	بیشتر از ۴۰								
دهان و دندان									
ریه									
شکم									
ارزیابی از نظر رفتارهای مخاطره آمیز									

چ) واکسیناسیون

واکسیناسیون فرد کامل است	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
واکسیناسیون فرد ناقص است	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
در صورتیکه واکسیناسیون فرد ناقص است آیا پی گیری یک ماه بعد به منظور تکمیل واکسیناسیون انجام شده است ؟	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
آیا واکسیناسیون هیاتیت B برای گروه های در معرض خطر انجام شده است؟	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>

صفحه ۳

ح) سابقه بیماری (در صورت سابقه ابتلا به هر یک از موارد زیر، در داخل علامت بنزید) توسط پزشک 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"/> هیاتیت (زردی) <input type="checkbox"/> مالاریا <input type="checkbox"/> سایر: توضیح داده شود.
۳- اختلالات خون	کم خونی تایید 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	فشارخون بالا <input type="checkbox"/> آریتمی ها <input type="checkbox"/> بیماری های مادرزادی 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 مواد: 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:
	۲- سابقه بستری شدن: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> علت:
	۳- سابقه تزریق خون: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> علت:
۱۵- موارد دیگر

خ) معاینات فیزیکی

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
معز 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 اداری	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 یافته های غیرطبیعی در معاینه -----	
دندان پوسیده دارد <input type="checkbox"/>	وضعیت لثه
دندان درد دارد <input type="checkbox"/>	نیاز به ارجاع فوری به دندانپزشک دارد <input type="checkbox"/>
خونریزی از لثه دارد <input type="checkbox"/>	

معاینه وضعیت عمومی

دندان و لثه

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	
تاریخ مهر و امضاء پزشک:	

ذ) اظهار نظر پزشک متخصص

این قسمت توسط پزشک تکمیل شود.	
سالم است <input type="checkbox"/> مبتلا به بیماری/ اختلال ----- می باشد.	این جوان
	توصیه های پزشک متخصص/ فوق تخصص و اقدامات لازم
تاریخ مهر و امضاء پزشک متخصص/ فوق تخصص:	

ر) پیگیری ارجاعات و توصیه ها

این قسمت توسط پزشک تکمیل شود.					
تاریخ معاینه	نوع اختلال/ بیماری	تاریخ ارجاع	محل ارجاع	نتیجه ارجاع	توصیه ها