

## کارت سلامت شخصی دانش آموز

(براساس اجرای قانون ۴۲۲۹/۲۰۱۴ ، بند ۱۱ ، پاراگراف ۲ )



نام و نام خانوادگی ( با حروف بزرگ ) : .....

تاریخ تولد : .....

تلفن تماس والدین : .....

وزارت آموزش و پرورش

وزارت بهداشت

مدرسه ..... کلاس .....

کارت سلامت دانش آموز (AΔYM) در مدرسه مورد استفاده قرار می گیرد و کپی آن در دفترچه بهداشت دانش آموز نگهداری می شود .  
اطلاعات موجود در کارت محرمانه است .

بعد از معاینه پیشگیرانه پزشکی که شامل گرفتن تاریخچه پزشکی و معاینات جسمانی است تکمیل شود،  
براساس

برگه معاینات پزشکی برای کارت شخصی سلامت دانش آموز. آزمایش های ویژه بیشتر تنها در صورت وجود علائم و شواهد  
پزشکی خاص انجام میشود. در کارت بهداشت جواب آزمایش های صورت گرفته که مربوط به مدرسه هستند یادداشت شوند .

در صورت تغییر در وضعیت سلامتی فرزند، کارت سلامت با مسئولیت والدین یا سرپرست دانش آموز به روز می شود .

### اطلاعات برای آگاهی مدرسه

( با هدف حفاظت از دانش آموز در مدرسه و با تصمیم قاطع پزشک و با هماهنگی با والدین یا سرپرست یا خود دانش آموز تکمیل شوند. هیچگونه اطلاعاتی نباید نادیده یا  
ناقص گرفته شوند زیرا ممکن است که جان دانش آموز را به خطر بیندازد ) .

### نظریه پزشکی

برای شرکت در کلاس فعالیت های جسمانی ، در ورزش و سایر فعالیت های مدرسه

☐ مشارکت بدون هیچگونه محدودیت ☐ مشارکت همراه با محدودیت < مشکلات سلامتی و راهنمایی برای محدودیت ها :

( طبق آزمایش صورت گرفته پزشکی  
هیچ گونه محدودیتی وجود ندارد )

( به دلیل مشکلات پزشکی )

☐ ارجاع برای آزمایش تخصصی پزشکی ( از سیستم های دیگر شواهدی  
موجود نمی باشد که باعث ایجاد محدودیت در مشارکت فعالیت های مدرسه می شوند).

< مرجع متخصص ارجاع دهنده :

تاریخ آزمایش

امضاء و مهر دکتر

مهر مرکز بهداشت

نظریه پزشکی بعد از انجام آزمایش تخصصی

برای شرکت در کلاس ورزش ، فعالیت های ورزشی و سایر فعالیت های مدرسه

☐ مشارکت بدون هیچگونه محدودیت ☐ مشارکت همراه با محدودیت ☐ مشارکت با محدودیت و دستورالعمل برای محدودیت ها :

( به دلیل مشکلات پزشکی )		( از آزمایش تخصصی که صورت گرفته است دلایلی برای محدودیت ها مشخص شده است ) .
< دکتر متخصص :		
< نوع آزمایش صورت گرفته :		
مهر مرکز بهداشت	امضاء و مهر دکتر	تاریخ آزمایش

این نظریه پزشکی برای امتحانات کنکور سراسری و مسابقات حرفه ای ورزشی بین مدارس معتبر نمی باشد ، همچنین برای فعالیت های مدرسه که از طرف ارگان های دیگری اجرا می شوند بجز مدرسه و وزارت آموزش و پرورش، معتبر نمی باشد .  
مربوط به آزمایش تخصصی که به توصیه پزشک و بعنوان آزمایش پیشگیرانه انجام شده است، برای شرکت در فعالیت های مدرسه این نظریه پزشکی لازم می باشد. در این شرایط برگه ارجاع با توضیحات لازمه داده خواهد شد .

نظریه کارشناسی :

انستیتو سلامت کودکان، مدیریت اجتماعی و رشد کودکان، دانشگاه دولتی ملی سلامت، بخش سلامت کودکان

برگه آزمایش پزشکی برای کارت سلامت شخصی دانش آموز  
( در آرشیو پزشک یا در مرکز بهداشت نگهداری شود )

شماره آمکا :	جنسیت :	تاریخ تولد :	نام دانش آموز:	نام خانوادگی دانش آموز:
	<input type="checkbox"/> دختر <input type="checkbox"/> پسر			

تاریخچه پزشکی : ( از طرف والدین یا سرپرست دانش آموز تکمیل و امضاء شود . در صورت نیاز توضیحات لازم توسط دکتر داده شود .)

خیر	بله	تاریخچه پزشکی خانواده : مشکلات قلبی ( دائمی )	خیر	بله	تاریخچه پزشکی کودک : سوابق عمومی
		آیا در خانواده کسی وجود دارد که سابقه غش کردن و تشنج بدون دلیل شناخته شده ای داشته باشد ؟	13		آیا سابقه بیماری جدی داشته یا دارد ؟
		آیا در خانواده کسی هست که بیماری قلبی ارثی داشته باشد ؟ و یا هیپرتروفیک یا کاردیومیوپاتی اتساع یافته (عضله قلب)، اختلال در ریتم قلب – بطن راست بیماری ناکسوس، سندروم مارفان، سندروم بروگادا، سندروم بلند یا کوتاه QT	14		آیا سابقه عمل جراحی دارد ؟
		تاریخچه پزشکی کودک: سایر موارد			آیا بصورت مستمر دارو مصرف کرده یا می کند ؟
		آیا فرزند شما تا به حال تشنج کرده است؟	15		آیا دارای حساسیت می باشد ( غذا، دارو، و یا هر چیز دیگری ... ) ؟
					تاریخچه پزشکی کودک : مشکلات قلبی
					آیا تا به حال بخاطر مشکل قلب یا فشار خون بیمار تشخیص داده شده است ؟
					آیا تابحال شده است که هنگام انجام حرکات ورزشی یا بعد از انجام ورزش یا بدون هیچ دلیلی بیهوش شود؟

8	آیا تابحال بخاطر درد، احساس فشار یا سنگینی روی سینه حین حرکات ورزشی، بیقراری کرده است ؟		16	آیا تابحال هنگام حرکات ورزشی سرفه یا سختی در نفس کشیدن را بروز داده است ؟	
9	آیا هنگام انجام حرکات ورزشی نسبت به سایر هم سنی های خودش زودتر خسته شده و به نفس زدن می افتد ؟		17	آیا تا بحال درد یا مصدومیت شدید در استخوان ها، ماهیچه ها، مفاصل یا سابقه آرتروز داشته است ؟	
10	آیا تا به حال بخاطر اینکه قلب اش به سرعت و یا بدون ریتم حین انجام حرکات ورزشی می زند، بیقراری کرده است؟		18	فکر می کنید که شاید مشکل بینایی دارد ؟	
			19	فکر می کنید که شاید مشکل شنوایی دارد ؟	
	تاریخچه پزشکی خانواده : بیماری های قلبی		20	آیا نسبت به وزن و تغذیه او احساس نگرانی می کنید؟	
11	آیا در خانواده کسی بوده است که بخاطر مشکل قلبی از دنیا رفته است، در سنین جوانی و بدون هیچ دلیلی و خیلی ناگهانی ( > ۵۰ سال ) :		21	آیا موضوعی راجع به رشد او شما یا مدرسه را نگران کرده است ؟ ( مثال : حرف زدن، حرکات، توانایی در یادگیری دروس ) .	
12	آیا در خانواده کسی وجود دارد که سکته قلبی، بیماری عروق و یا سکته مغزی در سنین جوانی و یا میانسالی داشته است ؟ ( تا ۵۵ سال برای مردان و تا ۶۵ سال برای زنان )		22	آیا شما یا مدرسه را بخاطر نداشتن حوصله یا رفتارش نگران کرده است ؟ ( مثال : غمگین بودن، اجتماعی نبودن، رفتار تهاجمی، پیش فعالی، کنترل ادرار )	
			23	آیا مطلب دیگری وجود دارد که بخواهید راجع به آن توضیح دهید ؟	
توضیحات تکمیلی برای سوالاتی که جواب آنها " بله " است .					

براساس اطلاعاتی که در دسترس دارم و می داند ، اطلاعات بالا را تایید می کنم .

تلفن تماس :	امضاء :	تاریخ تکمیل :	نسبت با کودک :	نام و نام خانوادگی والدین / سرپرست :
-------------	---------	---------------	----------------	--------------------------------------

آزمایش جسمانی ( توسط پزشک تکمیل شود ) .

اندازه گیری

mmHg	ΑΠ:	ضربان قلب	ΔΜΣ:	قد	m	وزن	kg
یافته های پاتولوژیست			طبیعی	آزمایش پزشکی			
							1
							2
							3
							4
							5
							6

7	سیستم عصبی و اسکلتی عضلانی، انحراف ستون فقرات		
8	یافته های دیگر		

اطلاعات تکمیلی از تاریخچه پزشکی و آزمایشات جسمانی - نتیجه گیری ( توسط دکتر تکمیل شود ) .

		نظریه پزشکی برای شرکت در فعالیت های مدرسه : <input type="checkbox"/> بدون محدودیت <input type="checkbox"/> با محدودیت <input type="checkbox"/> ارجاع به < متخصص :
کنترل پوشش واکسیناسیون	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	توضیحات:

مهر و امضاء پزشک	تاریخ تکمیل	نام و نام خانوادگی پزشک	

نظریه کارشناسی :

انستیتو سلامت کودکان، مدیریت اجتماعی و رشد پزشکی کودکان، دانشگاه دولتی ملی سلامت بخش سلامت کودکان