

اطلاعات کلی	
کد ملی	
تاریخ تشکیل پرونده	
کدفرد	

به نام خدا

فرم اطلاعات سلامت جوانان (۱۳۸۹ تا ۲۹ سال)

**الف) مشخصات فردی**

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"/>		
۳- دانشجو: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		۱۰- تحت پوشش بیمه: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۴- محل تولد: .....		۱۱- سطح تحصیلات: بیسواد <input type="checkbox"/> ابتدایی <input type="checkbox"/> دبیرستان <input type="checkbox"/> دیپلم <input type="checkbox"/>
۵- تاریخ تولد: .....		لیسانس <input type="checkbox"/> بالاتر از لیسانس <input type="checkbox"/>
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"/> گروه خونی: .....
۷- در صورت تاهل تعداد فرزندان: .....		۱۲- تلفن ثابت: ..... همراه: .....
۸- با چه کسانی زندگی می کنند؟ 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"/>		۱۴- آدرس ایمیل: .....
آدرس محل سکونت: .....		

**ب) سابقه بیماری در خانواده (منظور پدر و مادر، خواهر و برادر می باشد) (توسط مراقب سلامت 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- سکته قلبی در کم تر 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 که سوال ۸ مثبت است لطفاً نوع آن را مشخص فرمایید: .....	
۳- سکته 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- بیماری های تیروئید (گواتر، 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 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- فشارخون بالا	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی داند <input type="checkbox"/>	۱۰- اگر جواب سوال ۶ مثبت است لطفاً نوع آن را شرح دهید: .....		۱۶- سابقه مصرف سایر مواد:	سایر (توضیح دهید):

ح) سابقه بیماری فرد: (توسط مراقب سلامت 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"/> هیپاتیت (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	.....

پ) غربالگری اولیه سلامت روان (توسط مراقب سلامت تکمیل شود)

چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس ، مضطرب و عصبی هستید؟	۱- همیشه <input type="checkbox"/> ۲- بیشتر اوقات <input type="checkbox"/> ۳- گاهی اوقات <input type="checkbox"/> ۴- بندرت <input type="checkbox"/> ۵- اصلا <input type="checkbox"/>
چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس ناامیدی می کردید؟	۱- همیشه <input type="checkbox"/> ۲- بیشتر اوقات <input type="checkbox"/> ۳- گاهی اوقات <input type="checkbox"/> ۴- بندرت <input type="checkbox"/> ۵- اصلا <input type="checkbox"/>
چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس ناآرامی و بی قراری می کردید؟	۱- همیشه <input type="checkbox"/> ۲- بیشتر اوقات <input type="checkbox"/> ۳- گاهی اوقات <input type="checkbox"/> ۴- بندرت <input type="checkbox"/> ۵- اصلا <input type="checkbox"/>
چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس افسردگی و غمگینی می کردید؟	۱- همیشه <input type="checkbox"/> ۲- بیشتر اوقات <input type="checkbox"/> ۳- گاهی اوقات <input type="checkbox"/> ۴- بندرت <input type="checkbox"/> ۵- اصلا <input type="checkbox"/>
چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس می کردید که انجام دادن هر کاری برای شما خیلی سخت است؟	۱- همیشه <input type="checkbox"/> ۲- بیشتر اوقات <input type="checkbox"/> ۳- گاهی اوقات <input type="checkbox"/> ۴- بندرت <input type="checkbox"/> ۵- اصلا <input type="checkbox"/>
چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس بی ارزشی می کردید؟	۱- همیشه <input type="checkbox"/> ۲- بیشتر اوقات <input type="checkbox"/> ۳- گاهی اوقات <input type="checkbox"/> ۴- بندرت <input type="checkbox"/> ۵- اصلا <input type="checkbox"/>

ت) غربالگری اولیه سومصرف مواد: (توسط مراقب سلامت تکمیل شود).

بله	خیر	بله	خیر	پرسش ۱- در طول عمر خود، کدام یک از مواد زیر را تاکنون مصرف کرده‌اید؟ (فقط مصرف غیرپزشکی)
				الف- انواع تنباکو (سیگار، قلیان، ناس، غیره)
				ب- داروهای مسکن آپوئیدی (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 غیرپزشکی)
				الف- مواد آفیونی غیرقانونی (تریاک، شیره، سوخته، هروین، کراک هروئین، غیره)
				ب- حشیش (سیگاری، گراس، بنگ، غیره)
				ج- محرک‌های آمفتامینی (شیشه، اکستازی، اِکس، ریتالین، غیره)
				د- سایر - مشخص کنید:

ت) غربالگری رفتارهای تغذیه ای : ( توسط مراقب سلامت تکمیل شود).

<input type="checkbox"/>	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"/>	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"/>	بدون فعالیت بدنی هدفمند	<input type="checkbox"/>	۱۵۰-۲ دقیقه 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	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 (توسط مراقب سلامت تکمیل شود)

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"/>

خ) معاینات فیزیکی (پزشک)

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

د) اظهار نظر پزشک عمومی

جوان	سالم است <input type="checkbox"/> مبتلا به بیماری/ اختلال ----- می باشد
نیاز به معاینات تکمیلی تخصصی	ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> معاینات تکمیلی تخصصی -----
نیاز به پیگیری	ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> نتیجه پیگیری -----
نیاز به آزمایشات تکمیلی	ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> نتیجه آزمایشات تکمیلی -----
نیاز به ارجاع	ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> نتیجه ارجاع -----
توصیه های پزشک عمومی	
تاریخ .....	مهر و امضاء پزشک: .....

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

<b>ر) پیگیری ارجاعات و توصیه ها</b>					
تاریخ معاینه	نوع اختلال/ بیماری	تاریخ ارجاع	محل ارجاع	نتیجه ارجاع	توصیه ها