

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 ☐ خانه دانشجویی ☐ منزل ☐ سایر ☐
۲- جنس: مونث ☐ مذکر ☐	۱۰- تحت پوشش بیمه: بلی ☐ خیر ☐
۳- دانشجوی: بلی ☐ خیر ☐	۱۱- سطح تحصیلات: بیسواد ☐ ابتدایی ☐ دبیرستان ☐ دیپلم ☐ لیسانس ☐ بالاتر از لیسانس ☐
۴- محل تولد:	۱۲- وضعیت اشتغال: شاغل ☐ بیکار ☐ گروه خونی:
۵- تاریخ تولد:	۱۳- تلفن ثابت: همراه:
۶- وضعیت تاهل: مجرد ☐ متاهل ☐ طلاق گرفته ☐ متارکه ☐ همسر فوت شده ☐	۱۴- آدرس ایمیل:
۷- در صورت تأهل تعداد فرزندان:	آدرس محل سکونت:
۸- با چه کسانی زندگی می کنید؟ والدین ☐ یکی از والدین ☐ خواهر و برادر ☐ همسر ☐ بستگان ☐ سایر ☐	

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

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

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

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

پ) 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)

بله	خیر	بله	خیر	پرسش ۱- در طول عمر خود کدام یک از مواد زیر را تاکنون مصرف کرده اید؟ (فقط مصرف غیر پزشکی)
				الف- انواع تنباکو، سیگار، قلیان، khs و غیره
				ب- داروهای مسکن اپیوئیدی ترامادول، کدئین، دیفنوکسیلات و غیره
				ج- داروهای آرامبخش یا خواب آور (دiazepam، آلپرازولام، کلونازپام، فنوباریتال، غیره
				د- نوشیدنی های الکلی (آبجو، شراب، عرق، غیره
				پرسش 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 آمفتامینی (شیشه، اکستازی، اکس، ریتالین، غیره
				د- سایر- مشخص کنید:

ث) غربالگری رفتارهای تغذیه ای: (توسط دانشجو)

☐	بندرت/ هرگز	☐	کمتر از ۲ سهم	☐	۲ تا ۴ سهم یا بیشتر
☐	بندرت/ هرگز	☐	کمتر از ۳ سهم	☐	۳ تا ۵ سهم
☐	بدون فعالیت بدنی هدفمند	☐	کمتر از ۱۵۰ دقیقه در هفته	☐	۱۵۰ دقیقه در هفته و بیشتر
☐	هفته ای دوبار یا بیشتر	☐	ماهی یکی دوبار	☐	بندرت/ هرگز
☐	بندرت/ هرگز	☐	کمتر از ۲ سهم	☐	۲ سهم یا بیشتر
☐	همیشه	☐	گاهی	☐	بندرت/ هرگز
☐	فقط روغن نیمه جامد، جامد یا حیوانی	☐	تلفیقی از انواع روغن های مایع و نیمه جامد	☐	فقط گیاهی مایع (معمولی و مخصوص سرخ کردنی

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	قلب و عروق (فشار خون بالا)		
											وزن	قد	نمایه توده بدنی
										کمتر از ۱۸/۵			
										۱۸/۵-۲۴/۹			
										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 ☐ خیر ☐
واکسیناسیون فرد ناقص است	بلی ☐ خیر ☐
در صورتیکه واکسیناسیون فرد ناقص است آیا پیگیری یک ماه بعد به منظور تکمیل واکسیناسیون انجام شده است؟	بلی ☐ خیر ☐

خ) معاینات فیزیکی (پزشک)	
این قسمت توسط پزشک تکمیل شود.	
چشم	سالم است ☐ وجود یافته غیرطبیعی در معاینه ☐ نوع یافته
گوش	سالم است ☐ وجود یافته غیرطبیعی در معاینه ☐ نوع یافته
بینی	سالم است ☐ وجود یافته غیرطبیعی در معاینه ☐ نوع یافته
حلق	سالم است ☐ وجود یافته غیرطبیعی در معاینه ☐ نوع یافته
گردن	سالم است ☐ وجود یافته غیرطبیعی در معاینه ☐ نوع یافته
قلب و عروق	سالم است ☐ وجود یافته غیرطبیعی در معاینه ☐ نوع یافته
ریه	سالم است ☐ وجود یافته غیرطبیعی در معاینه ☐ نوع یافته
شکم	سالم است ☐ وجود یافته غیرطبیعی در معاینه ☐ نوع یافته
اندام ها	سالم است ☐ وجود یافته غیرطبیعی در معاینه ☐ نوع یافته
مغز و اعصاب	سالم است ☐ وجود یافته غیرطبیعی در معاینه ☐ نوع یافته
پوست و مو	سالم است ☐ وجود یافته غیرطبیعی در معاینه ☐ نوع یافته
تناسلی ادراری	سالم است ☐ وجود یافته غیرطبیعی در معاینه ☐ نوع یافته
ستون مهره ها	سالم است ☐ وجود یافته غیرطبیعی در معاینه ☐ نوع یافته
مفاصل	سالم است ☐ وجود یافته غیرطبیعی در معاینه ☐ نوع یافته
روان	سالم است ☐ وجود یافته غیرطبیعی در معاینه ☐ نوع یافته
سایر موارد	
توضیح درباره یافته‌های غیرطبیعی در معاینه	
این قسمت توسط مراقب سلامت تکمیل شود.	

33 33	دندان پوسیده دارد ☐	وضعیت لثه	خونریزی از لثه دارد ☐
	دندان درد دارد ☐	نیاز به ارجاع فوری به دندانپزشک دارد ☐	
د) اظهار نظر پزشک عمومی			
این قسمت توسط پزشک تکمیل شود:			
جوان	سالم است ☐ مبتلا به بیماری / اختلال می باشد.		
نیاز به معاینات تکمیلی تخصصی	ندارد ☐	دارد ☐	معاینات تکمیلی تخصصی
نیاز به پیگیری	ندارد ☐	دارد ☐	نتیجه پیگیری
نیاز به آزمایشات تکمیلی	ندارد ☐	دارد ☐	نتیجه آزمایشات تکمیلی
نیاز به ارجاع	ندارد ☐	دارد ☐	نتیجه ارجاع
توصیه های پزشک عمومی			
تاریخ:	مهر و امضاء پزشک:		

ذ) اظهار نظر پزشک متخصص	
این جوان	سالم است ☐ مبتلا به بیماری / اختلال می باشد.
توصیه های پزشک متخصص / فوق تخصص و اقدامات لازم	
تاریخ:	مهر و امضاء پزشک متخصص / فوق تخصص:

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