

## فرم مراقبت دوره ای سلامت گروه سنی ۶ تا ۱۸ سال - پسر

پایگاه سلامت جامعه .....	مرکز سلامت جامعه .....	شهرستان .....	دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی .....
<b>مشخصات فردی</b>			
نام خانوادگی	نام پدر	تاریخ تولد	کد ملی
وضعیت تحصیلی: <input type="checkbox"/> شاغل به تحصیل در پایه ..... دوره ..... مدرسه: ..... کد مدرسه: ..... <input type="checkbox"/> غیرشاغل به تحصیل (وضعیت شغل: .....)			
آدرس محل سکونت: ..... تلفن ثابت: ..... تلفن همراه: .....			
بیمه پایه: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد بیمه تکمیلی: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد تحت پوشش سازمان های حمایتی و خیریه: <input type="checkbox"/> بلی (ذکر نام)..... <input type="checkbox"/> خیر			
<b>اطلاعات اختصاصی</b>			
ملیت: <input type="checkbox"/> ایرانی <input type="checkbox"/> غیر ایرانی سابقه آموزش قبل از دبستان: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد دست غالب: <input type="checkbox"/> راست <input type="checkbox"/> چپ وضعیت زبان: <input type="checkbox"/> یک زبانه <input type="checkbox"/> دو زبانه			
بیکاری سرپرست خانواده <input type="checkbox"/> بیسواد: <input type="checkbox"/> پدر <input type="checkbox"/> مادر <input type="checkbox"/> ترک تحصیل: <input type="checkbox"/> خواهر <input type="checkbox"/> برادر <input type="checkbox"/> فوت والد/ والده/ والدین <input type="checkbox"/> وجود نسبت خویشاوندی بین والدین (درجه خویشاوندی* : .....)			
* درجه خویشاوندی: ۱- خاله زاده، دایی زاده، عمه زاده، عمو زاده ۲- نوه خاله، نوه عمو و ... ۳- سایر			
وضعیت عمومی خانواده: <input type="checkbox"/> زندگی با پدر و مادر <input type="checkbox"/> زندگی با مادر <input type="checkbox"/> زندگی با پدر <input type="checkbox"/> زندگی با افرادی غیر از والدین			
<b>ابتلا به بیماری نیازمند مراقبت ویژه (۶ سالگی)</b>			
دیابت <input type="checkbox"/> صرع <input type="checkbox"/> بیماری قلبی عروقی <input type="checkbox"/> آسم <input type="checkbox"/> سل <input type="checkbox"/> آلرژی <input type="checkbox"/> تالاسمی <input type="checkbox"/> سرطان <input type="checkbox"/> کمبود G6PD <input type="checkbox"/> اختلال روانپزشکی			
سایر (با ذکر نام) ..... نام داروهای مصرفی (بیش از ۳ ماه) .....			
<b>وضعیت ایمن سازی از بدو تولد تا ۶ سالگی</b>			
<input type="checkbox"/> کامل <input type="checkbox"/> ناقص، نوع و نوبت واکسن های ناقص: ..... در صورت ناقص بودن، تاریخ تکمیل: ..... نیاز به نظارت مستقیم پزشک جهت انجام واکسیناسیون: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد			
نوآموز مورد ارزیابی و معاینه قرار گرفت. مبتلا به اختلال/ بیماری <input type="checkbox"/> نمی باشد <input type="checkbox"/> می باشد: نوع اختلال/بیماری .....			
نیاز به مراقبت ویژه <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> دارد، مراقبت ویژه مورد نیاز: .....			
نیاز به ارجاع و معاینه تخصصی <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> دارد: نیازمند ارجاع به ..... است. نیاز به پیگیری <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> دارد			
الف/ توصیه ها به: خانواده: .....			
اولیای مدرسه: .....			
ب/ توصیه های مربوطه به فعالیت ورزشی: ۱- برای انجام فعالیت های ورزشی در حال حاضر هیچ گونه محدودیتی ندارد <input type="checkbox"/>			
۲- برای انجام فعالیت های ورزشی محدودیت دارد <input type="checkbox"/> علت محدودیت .....			
<input type="checkbox"/> معاف موقت: علت .....			
مدت .....			

تاریخ .....

مهر و امضای پزشک مرکز سلامت جامعه

**ابتلا به بیماری نیازمند مراقبت ویژه در فرد**

سن	دیابت	سرع	بیماری قلبی عروقی	آسم	سل	آلزوی	هموفیلی	تالاسمی	سرطان	کمبود G6PD	اختلال روانپزشکی	سایر (با ذکر نام)	نام داروهای مصرفی (بیش از ۳ ماه)
۹													
۱۲													
۱۵													
۱۸													

**فن سنجی**

سن (سال)	تاریخ مراجعه	وزن (کیلوگرم)	قد (متر)	نمایه توده بدنی (BMI)
۶				
۹				
۱۲				
۱۵				
۱۸				

**بررسی الگوی تغذیه ای و فعالیت فیزیکی فرد**

سن	امتیاز	پاسخ نامطلوب	سوالات با
۶			
۹			
۱۲			
۱۵			
۱۸			

  

<p>(۱) مصرف میوه روزانه شما چقدر است؟</p> <p>=۰ به ندرت / هرگز</p> <p>۱= کم تر از ۲ سهم</p> <p>۲= ۲ سهم یا بیشتر</p>	<p>(۲) مصرف سبزی روزانه شما چقدر است؟</p> <p>=۰ به ندرت / هرگز</p> <p>۱= کم تر از ۳ سهم</p> <p>۲= ۳ سهم یا بیش تر</p>	<p>(۳) مصرف شیر و لبنیات روزانه شما چقدر است؟</p> <p>=۰ به ندرت / هرگز</p> <p>۱= کم تر از ۳ سهم</p> <p>۲= ۳ سهم یا بیشتر</p> <p>(۴) چقدر تنقلات کم ارزش یا بی ارزش (هله هوله شور و شیرین و چرب مانند: چیپس، پفک، نوشابه، آب میوه صنعتی و ... ) مصرف می کنید؟</p> <p>=۰ روزانه (تقریباً هر روز)</p> <p>۱= هفتگی (هفته ای یکی دوبار)</p> <p>۲= به ندرت / هرگز (حداکثر یک یا دو بار در ماه)</p>	<p>(۵) چند وعده غذایی در شبانه روز (شامل وعده اصلی و میان وعده) مصرف می کنید؟</p> <p>=۰ ۲ وعده یا کم تر</p> <p>۱= ۳-۴ وعده</p> <p>۲= ۵ وعده</p> <p>(۶) چند ساعت در شبانه روز از تلویزیون، کامپیوتر یا بازی های الکترونیکی بدون تحرک استفاده می کنید؟</p> <p>=۰ بیشتر از دو ساعت</p> <p>۱= دو ساعت</p> <p>۲= کم تر از دو ساعت</p>	<p>(۷) در هفته چقدر فعالیت بدنی دارید؟ (حداقل فعالیت بدنی متوسط ۴۲۰ دقیقه در هفته معادل با ۶۰ دقیقه در روز با تواتر ۷ روز در هفته شامل ورزش های هوازی نظیر پیاده روی تند، دوچرخه سواری، شنا و...)</p> <p>=۰ تقریباً بدون فعالیت بدنی هدفمند</p> <p>۱= کم تر از ۴۲۰ دقیقه در هفته</p> <p>۲= ۴۲۰ دقیقه در هفته یا بیشتر</p>
--	---	--	--	---

### وضعیت ایمن سازی (۱۴ تا ۱۶ سالگی)

کامل  ناقص، نوع و نوبت واکسن های ناقص..... در صورت ناقص بودن، تاریخ تکمیل: ..... نیاز به نظارت مستقیم پزشک جهت انجام واکسیناسیون:  دارد  ندارد

پایش رشد																		
نتایج پیگیری	تاریخ پیگیری	ارجاع		آموزش	وضعیت BMI به سن (z-score)						وضعیت قد به سن (z-score)						سن (سال)	
		کارشناس تغذیه	پزشک		بالای +۲ (چاق) با هر امتیازی	بالای +۱ تا مساوی +۲ (اضافه وزن) با هر امتیازی	مساوی ۲- تا مساوی +۱ (وزن متناسب)			مساوی -۳ تا زیر ۲- (لاغر) با هر امتیازی	زیر ۳- (لاغری شدید) با هر امتیازی	بالای +۳ (بلند قدی شدید) با هر امتیازی	مساوی ۲- تا مساوی +۳ (رشد قدی مطلوب)			مساوی -۲ تا زیر ۳- (کوتاه قدی) با هر امتیازی		زیر ۳- (کوتاه قدی شدید) با هر امتیازی
							با امتیاز ۰-۶	با امتیاز ۷-۱۳	با امتیاز کامل (۱۴)				با امتیاز ۰-۶	با امتیاز ۷-۱۳	با امتیاز کامل (۱۴)			
																	۶	
																	۹	
																	۱۲	
																	۱۵	
																	۱۸	
نتایج حاصل از پیگیری: (۱) تایید اختلال (۲) رد اختلال (۳) دریافت خدمات حمایتی (۴) بهبود (۵) بدون تغییر (۶) تشدید (۷) پیگیری نشده																		

سابقه بیماری / عادت در خانواده													
دیابت	فشارخون بالا	بیماری قلبی عروقی زودرس	آسم	سل	صرع	بیماری ژنتیک و مادرزادی (ذکر نام)	آلرژی	سرطان	اختلال چربی خون	استعمال مواد دخانی	اختلال روانپزشکی	اختلال عضوی ناتوان کننده	سایر (با ذکر نام)
													پدر
													مادر
													خواهر
													برادر

**ارزیابی / تشخیص و طبقه بندی مقدماتی**

نوع ارزیابی		تاریخ مراجعه ..... سن .....				تاریخ مراجعه ..... سن .....				تاریخ مراجعه ..... سن .....				تاریخ مراجعه ..... سن .....			
		نتیجه ارزیابی	ارجاع به پزشک	تاریخ پیگیری	نتایج پیگیری	نتیجه ارزیابی	ارجاع به پزشک	تاریخ پیگیری	نتایج پیگیری	نتیجه ارزیابی	ارجاع به پزشک	تاریخ پیگیری	نتایج پیگیری	نتیجه ارزیابی	ارجاع به پزشک	تاریخ پیگیری	نتایج پیگیری
کاهش بینایی	چشم راست	/				/				/							
	چشم چپ	/				/				/							
	مشکوک																
کاهش شنوایی	گوش راست																
	گوش چپ																
	مشکوک																
پوست و مو	پدیکلوزیس																
	گال																
	مشکوک																
دهان و دندان*	دندان پوسیده																
	لثه ملتهب																
	مشکوک																
	مجموعه دندانی سالم																
ریه	احتمال ابتلا به سل																
	احتمال ابتلا به آسم																
فشار خون	صدی ۹۰ یا بالاتر																
	صدی ۹۵ یا بالاتر																

\* در صورت رویش دندان ۶ ، فرد جهت معاینه تکمیلی لازم و درمان های پیشگیری ارجاع گردد

نتایج حاصل از پیگیری: (۱) تایید اختلال (۲) رد اختلال (۳) دریافت خدمات حمایتی (۴) بهبود (۵) بدون تغییر (۶) تشدید (۷) پیگیری نشده

سوالات غربالگری سلامت روان ۷ تا ۱۵ سال															نسبت تکمیل‌کننده پرسشنامه با فرد:			نسبت تکمیل‌کننده پرسشنامه با فرد:			نسبت تکمیل‌کننده پرسشنامه با فرد:			نسبت تکمیل‌کننده پرسشنامه با فرد:		
															تاریخ تکمیل:			تاریخ تکمیل:			تاریخ تکمیل:			تاریخ تکمیل:		
															سن: .....			سن: .....			سن: .....			سن: .....		
															اغلب	گاهی اوقات	هرگز	اغلب	گاهی اوقات	هرگز	اغلب	گاهی اوقات	هرگز	اغلب	گاهی اوقات	هرگز
															۱- احساس غمگینی و غصه می‌کند.											
															۲- احساس ناامیدی می‌کند.											
															۳- از دست خودش عصبانی است.											
															۴- خیلی نگران است.											
															۵- به نظر می‌رسد که کمتر چیزی خوشحالش می‌کند.											
															۶- وول می‌خورد و نمی‌تواند آرام بنشیند.											
															۷- خیلی خیال‌بافی می‌کند.											
															۸- به آسانی حواسش پرت می‌شود.											
															۹- نمی‌تواند تمرکز کند.											
															۱۰- طوری رفتار می‌کند که انگار موتورش روشن شده است.											
															۱۱- با بقیه بچه‌ها دعوا می‌کند.											
															۱۲- از قوانین پیروی نمی‌کند.											
															۱۳- احساسات دیگران را نمی‌فهمد.											
															۱۴- دیگران را دست می‌اندازد.											
															۱۵- به خاطر مشکلات خودش، دیگران را سرزنش می‌کند.											
															۱۶- نمی‌گذارد دیگران از وسایلش استفاده کنند.											
															۱۷- چیزهایی را بر می‌دارد که مال او نیست.											
.....			.....			.....			.....			.....			<b>جمع امتیاز</b>											

سوالات غربالگری صرع									
تاریخ تکمیل: سن: .....		تاریخ تکمیل: سن: .....		تاریخ تکمیل: سن: .....		تاریخ تکمیل: سن: .....		تاریخ تکمیل: سن: .....	
خیر	بلی	خیر	بلی	خیر	بلی	خیر	بلی	خیر	بلی
۱- آیا هر چند وقت یک بار در بیداری یا در خواب به مدت چند دقیقه دچار حمله تشنج یا غش می‌شود، بیهوش شده و دست و پا می‌زند، زبانش را گاز می‌گیرد و از دهانش کف (گاز خون آلود) خارج می‌شود و بعد از بازگشت به حالت عادی از وقایع پیش آمده چیزی را به خاطر نمی‌آورد.									
۲- آیا گاهی اوقات مات زده شده به گونه‌ای که چند لحظه‌ای به جایی خیره می‌شود، لب‌ها یا زبانش را به حالت غیر ارادی حرکت داده یا می‌لیسد.									

سوالات غربالگری معلولیت ذهنی									
۱- در صورت شنوا بودن: متوجه صحبت دیگران نمی‌شود یا قادر نیست به آن پاسخ دهد.									
۲- قادر نیست کارهای شخصی خود مانند غذا خوردن، توالیت رفتن یا لباس پوشیدن را انجام دهد.									
۳- نمی‌تواند به طور مناسب و فعال با همسالان خود ارتباط برقرار کند.									
۴- توانایی یادگیری در حد همسالان خود ندارد.									
۵- بیماری شناخته شده‌ای دارد که باعث ناتوانی ذهنی شده است.									

سوالات غربالگری خودکشی									
۱- آیا هیچ‌گاه شده از زندگی خسته شوید و به مرگ فکر کنید؟									
۲- آیا اخیراً به خودکشی فکر کرده‌اید؟									

سوالات غربالگری سلامت روان ۱۵ سال به بالا														
امتیاز	سن: .....						امتیاز	سن: .....						
	همیشه	بیشتر اوقات	گاهی اوقات	بندرت	اصلاً	نمی‌داند/ پاسخ نمی‌دهد		همیشه	بیشتر اوقات	گاهی اوقات	بندرت	اصلاً	نمی‌داند/ پاسخ نمی‌دهد	
.....							.....							۱- چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس می‌کردید، مضطرب و عصبی هستید؟
														۲- چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس ناامیدی می‌کردید؟
														۳- چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس ناآرامی و بی‌قراری می‌کردید؟
														۴- چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس افسردگی و غمگینی می‌کردید؟
														۵- چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس می‌کردید که انجام دادن هر کاری برای شما خیلی سخت است؟
														۶- چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس بی‌ارزشی می‌کردید؟

سوالات ارزیابی سلامت اجتماعی									
تاریخ تکمیل: سن: .....		تاریخ تکمیل: سن: .....		تاریخ تکمیل: سن: .....		تاریخ تکمیل: سن: .....		تاریخ تکمیل: سن: .....	
خیر	بلی	خیر	بلی	خیر	بلی	خیر	بلی	خیر	بلی
<b>سوال از نوجوان بالای ۱۵ سال که سابقه متاهل بودن دارد</b>									

آیا در یک سال اخیر تجربه طلاق/ جدایی و فوت همسر را داشته اید؟

سوالات ارزیابی مصرف دخانیات و مواجهه با دود آن (۶ تا ۱۰ سال)			
تاریخ تکمیل: سن: .....		تاریخ تکمیل: سن: .....	
خیر	بلی	خیر	بلی

۱- آیا هیچکدام از افراد خانواده یا خویشاوندان در حضور کودک اقدام به مصرف دخانیات می کنند؟

۲- آیا کودک برای خرید سیگار، تنباکوی قلیان و یا سایر مواد دخانی به مراکز فروش این مواد فرستاده می شود؟

۳- آیا کودک در اماکن حاوی دود مواد دخانی قرار گرفته می شود؟

سوالات ارزیابی رفتارهای پرخطر (۱۱ تا ۱۸ سال)					
تاریخ تکمیل:		تاریخ تکمیل:		تاریخ تکمیل:	
سن: ..... سال		سن: ..... سال		سن: ..... سال	
خیر	بلی	خیر	بلی	خیر	بلی

ارزیابی اختلالات مصرف مواد (۱۱ تا ۱۸ سال)																	
سن: ..... سال				تاریخ تکمیل:				سن: ..... سال				تاریخ تکمیل:					
سن: ..... سال				سن: ..... سال				سن: ..... سال				سن: ..... سال					
بله			خیر			بله			خیر			بله			خیر		
۱- در طول عمر خود، کدام یک از مواد زیر را تا کنون مصرف کرده‌اید؟ (فقط مصرف غیرپزشکی)												۳- در صورت پاسخ مثبت به هر یک: در سه ماه اخیر چگونه؟					
الف- انواع تنباکو (سیگار، قلیان، ناس، غیره)																	
ب- داروهای مسکن آپیوئیدی (ترامادول، کدئین، دیفنوکسیلات، غیره)																	
ج- داروهای آرام‌بخش یا خواب‌آور (دیازپام، آلپرازولام، کلونازپام، فنوباربیتال، غیره)																	
د- الکل (آبجو، شراب، عرق، غیره)																	
۲- مواد دیگر چگونه؟ (فقط مصرف غیرپزشکی)																	
الف- مواد آفیونی غیرقانونی (تریاک، شیره، سوخته، هروئین، کراک هروئین، غیره)																	
ب- حشیش (سیگاری، گراس، بنگ، غیره)																	
ج- محرک‌های آمفتامینی (شیشه، اکستازی، اِکس، ریتالین، غیره)																	
د- سایر - مشخص کنید: .....																	
سن: ..... سال						سن: ..... سال						سن: ..... سال					
بله			خیر			بله			خیر			بله			خیر		
ادامه - ارزیابی اختلالات مصرف مواد (۱۱ تا ۱۸ سال)																	
آیا نشانه‌های و علائم مطرح کننده اورژانس‌های مرتبط با مواد وجود دارد؟																	
آیا در حال حاضر به علت ابتلا به اختلال مصرف مواد تحت درمان هستید؟																	
آیا در خانواده وی، فردی دارای اعتیاد به مواد مخدر و یا مصرف کننده تفنی آن وجود دارد؟																	



ارزیابی / تشخیص و طبقه بندی مقدماتی

سن ..... تاریخ مراجعه		سن ..... تاریخ مراجعه		سن ..... تاریخ مراجعه		سن ..... تاریخ مراجعه		سن ..... تاریخ مراجعه		سن ..... تاریخ مراجعه		سن ..... تاریخ مراجعه		سن ..... تاریخ مراجعه		سن ..... تاریخ مراجعه		سن ..... تاریخ مراجعه		نوع ارزیابی
نتایج پیگیری	تاریخ پیگیری	ارجاع به		نتایج پیگیری	تاریخ پیگیری	ارجاع به		نتایج پیگیری	تاریخ پیگیری	ارجاع به		نتایج پیگیری	تاریخ پیگیری	ارجاع به		نتایج پیگیری	تاریخ پیگیری	ارجاع به		
		کارشناس روان	پزشک			آموزش	نتیجه ارزیابی			کارشناس روان	پزشک			آموزش	نتیجه ارزیابی			کارشناس روان	پزشک	
																				مشکل در حوزه سلامت روان
																				احتمال اورژانس روانپزشکی
																				احتمال ابتلا به صرع
																				تشخیص قبلی بیماری صرع توسط پزشک
																				احتمال تشخیص معلولیت ذهنی
																				تشخیص قبلی اختلال روانپزشکی تحت درمان
																				کودک آزاری
																				کودک شاهد خشونت خانگی
																				خانواده آسیب پذیر
																				بازمانده از تحصیل
																				خشونت خانگی (همسر آزاری)
																				طلاق / جدایی / فوت
																				کم تحرکی
																				در معرض خطر شروع مصرف مواد دخانی
																				مصرف کننده مواد دخانی
																				اختلال مصرف مواد
																			اورژانس اختلالات القاء شده توسط مواد	
																			تشخیص قبلی اختلال مصرف مواد، تحت درمان	
																			در معرض خطر سوء مصرف مواد	
																				اختلال مصرف مواد
																				رفتار جنسی نا ایمن
نتایج حاصل از پیگیری: (۱) تایید اختلال (۲) رد اختلال (۳) دریافت خدمات حمایتی (۴) بهبود (۵) بدون تغییر (۶) تشدید (۷) پیگیری نشده																				

**معاینات پزشکی**

نوع معاینه و بررسی			تاریخ مراجعه سن														تاریخ مراجعه سن														تاریخ مراجعه سن														تاریخ مراجعه سن													
			نتیجه معاینه							درمان	آزمایش درخواست	تغذیه کارشناس	متخصص	پیگیری	نتیجه درمان	نتیجه معاینه							درمان	آزمایش درخواست	تغذیه کارشناس	متخصص	پیگیری	نتیجه درمان	نتیجه معاینه							درمان	آزمایش درخواست	تغذیه کارشناس	متخصص	پیگیری	نتیجه درمان	نتیجه معاینه							درمان	آزمایش درخواست	تغذیه کارشناس	متخصص	پیگیری	نتیجه درمان				
			ارجاج به	ارجاج به	ارجاج به	ارجاج به	ارجاج به	ارجاج به	ارجاج به							ارجاج به	ارجاج به	ارجاج به	ارجاج به	ارجاج به	ارجاج به	ارجاج به							ارجاج به	ارجاج به	ارجاج به	ارجاج به	ارجاج به	ارجاج به	ارجاج به							ارجاج به	ارجاج به	ارجاج به	ارجاج به	ارجاج به	ارجاج به	ارجاج به							ارجاج به	ارجاج به	ارجاج به	ارجاج به
وضعیت قد																																																										
وضعیت BMI																																																										
بررسی مخاط			رنگ پریدگی																																																							
			آمنی																																																							
بررسی اسکلرا			زردی اسکلرا																																																							
چشم			کوئرکتیویت																																																							
گوش			اوتیت مدیا																																																							
			اوتیت خارجی																																																							
تیروئید			گواتر																																																							
			مشکل بدون گواتر																																																							
ریه			ابتلا به سل																																																							
			مشکوک به سل																																																							
آسم			ابتلا به آسم																																																							
			احتمال ابتلا به آسم																																																							
قلب و عروق			دارای بیماری																																																							
			احتمال ابتلا به بیماری زودرس																																																							
پوست و مو			پدیكلوزیس																																																							
			گال																																																							
اسکلتی، عضلانی			کچلی سر																																																							
			اسکولوز																																																							
			کیفوز																																																							
			لوردوز																																																							
			اختلال شکل قفسه سینه																																																							
سایر			اندام غیر طبیعی																																																							

نتیجه درمان: (۱) بهبود (۲) بدون تغییر (۳) تشدید

معاینات پزشک																
نوع معاینه و بررسی	نتیجه معاینه	سن														
		تاریخ مراجعه			تاریخ مراجعه			تاریخ مراجعه			تاریخ مراجعه			تاریخ مراجعه		
		نتیجه معاینه	درمان	درخواست آزمایش	کارشناس روان	درمانی	متخصص یا مراکز	پیگیری	نتیجه درمان	نتیجه معاینه	درمان	درخواست آزمایش	کارشناس روان	درمانی	متخصص یا مراکز	پیگیری
سلامت روان	اختلال اضطراب منتشر/ پانیک/ اضطراب اجتماعی															
	وسواسی جبری															
	استرس پس از سانحه															
	پرخاشگری															
	افسردگی															
	سایکوز															
	دو قطبی															
	صرع															
	معلولیت ذهنی															
	بیش فعالی - نقص توجه															
اختلال رفتاری - سلوک																
سلامت اجتماعی	کودک آزاری															
	همسر آزاری															
شکم	ارگانومگالی															
	توده شکمی															
ادراری	عدم نزول بیضه															
	عفونت ادراری															
روند بلوغ	بلوغ زودرس															
	بلوغ دیررس															
فشار خون	پره هیپرتانسیون															
	هیپرتانسیون مرحله I															
	هیپرتانسیون مرحله II															

نتیجه درمان: (۱) بهبود (۲) بدون تغییر (۳) تشدید

**معاینات پزشک**

نوع معاینه و بررسی	تاریخ مراجعه ..... سن .....												تاریخ مراجعه ..... سن .....												تاریخ مراجعه ..... سن .....																																			
	نتیجه معاینه				درمان				درخواست آزمایش				ارجاع به				پیگیری				نتیجه درمان				درخواست آزمایش				ارجاع به				پیگیری				نتیجه معاینه				درمان				درخواست آزمایش				ارجاع به				پیگیری				نتیجه درمان			
	نتیجه معاینه				درمان				درخواست آزمایش				ارجاع به				پیگیری				نتیجه درمان				درخواست آزمایش				ارجاع به				پیگیری				نتیجه معاینه				درمان				درخواست آزمایش				ارجاع به				پیگیری				نتیجه درمان			
رفتارهای پر خطر	مصرف مواد دخانی																																																											
	مسمومیت با مواد افیونی یا سایر داروهای مضعف CNS																																																											
	مسمومیت مواد محرک																																																											
	محروریت از مواد افیونی																																																											
	مصرف زیان بار (کد ماده*)																																																											
	وابستگی به مواد، (کد ماده*)																																																											
	STI																																																											

نتیجه درمان: (۱) بهبود (۲) بدون تغییر (۳) تشدید

\* (۱) افیونی غیر قانونی (۲) افیونی نسخه ای (۳) حشیش (۴) داروهای آرامبخش خواب آور (۵) الکل (۶) مواد محرک (۷) سایر (با ذکر نام)



