

به نام خدا

فرم اطلاعات سلامت جوانان (۱۸ تا ۲۹ سال)

اطلاعات کلی	
کد ملی	
تاریخ تشکیل پرونده	
کدفرد	

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"/>		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:		وضعیت اشتغال: شاغل <input type="checkbox"/> بیکار <input type="checkbox"/> خانه دار <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"/>		محصّل <input type="checkbox"/> دانشجو <input type="checkbox"/> از کار افتاده <input type="checkbox"/>	
۷- در صورت تاهل تعداد فرزندان:		۱۳- تلفن ثابت: همراه:	
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"/>		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 دان <input type="checkbox"/>	۶- سرطان	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دان <input type="checkbox"/>	۱۱- اختلالات روانپزشکی	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دان <input type="checkbox"/>
۲- سکنه قلبی در کم تر از ۵۵ سالگی	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دان <input type="checkbox"/>	۷- سل	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دان <input type="checkbox"/>	۱۲- در صورتی که سوال ۸ مثبت است لطفاً نوع آن را مشخص فرمایید:	
۳- سکنه مغزی	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دان <input type="checkbox"/>	۸- هپاتیت	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دان <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 دان <input type="checkbox"/>	۹- ایدز	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دان <input type="checkbox"/>	۱۴- سابقه مصرف مواد دخانی	۱۵- سابقه مصرف الکل بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دان <input type="checkbox"/>
۵- فشارخون بالا	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دان <input type="checkbox"/>	۱۰- اگر جواب سوال ۶ مثبت است لطفاً نوع آن را شرح دهید:		۱۶- سابقه مصرف سایر مواد: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دان <input type="checkbox"/>	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 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، فنوباربیتال، غیره)
				د- نوشیدنی‌های الکلی (آبجو، شراب، غرق، غیره)
				پرسش ۲- مواد دیگر چطور؟ (فقط مصرف غیر پزشکی)
				الف- مواد آفیونی غیرقانونی (تریاک، شیره، سوخته، هرویین، کراک هروئین، غیره)
				ب- حشیش (سیگاری، گراس، بنگ، غیره)
				ج- محرک‌های آمفتامینی (شیشه، اکستازی، اِکس، ریتالین، غیره)
				د- سایر- مشخص کنید:

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

<input type="checkbox"/>	بندرت/هرگز	<input type="checkbox"/>	کمتر از ۲ سهم	<input type="checkbox"/>	۴ تا ۵ سهم یا بیشتر	۱- مصرف میوه روزانه چقدر است؟
<input type="checkbox"/>	بندرت/هرگز	<input type="checkbox"/>	کمتر از ۳ سهم	<input type="checkbox"/>	۴ تا ۵ سهم	۲- مصرف سبزی روزانه شما چقدر است؟
<input type="checkbox"/>	کمتر از ۱۵۰ دقیقه در هفته	<input type="checkbox"/>	۲- ۱۵۰ دقیقه و بیشتر	<input type="checkbox"/>	بدون فعالیت بدنی هدفمند	۲- چه میزان فعالیت بدنی در هفته دارد؟ (حداقل فعالیت بدنی معادل با ۳۰ دقیقه با تواتر ۵ بار در هفته)
<input type="checkbox"/>	بندرت/هرگز	<input type="checkbox"/>	هفته ای دو بار یا بیشتر	<input type="checkbox"/>	ماهی یکی دوبار	۳- مصرف فست فود و/یا نوشابه های گازدار چگونه است؟
<input type="checkbox"/>	بندرت/هرگز	<input type="checkbox"/>	کمتر از ۲ سهم	<input type="checkbox"/>	۲ سهم یا بیشتر	۴- واحد مصرفی شیر و لبنیات روزانه چقدر است؟
<input type="checkbox"/>	بندرت/هرگز	<input type="checkbox"/>	گاهی	<input type="checkbox"/>	همیشه	۵- آیا از نمکدان سر سفره استفاده می‌کنند؟
<input type="checkbox"/>	فقط روغن نیمه جامد، جامد یا حیوانی	<input type="checkbox"/>	تلفیقی از انواع روغن های مایع و نیمه جامد	<input type="checkbox"/>	فقط گیاهی مایع (معمولی و مخصوص سرخ کردنی)	۶- از چه نوع روغنی بیشتر مصرف میکنید؟

ج) ارزیابی اولیه (غیر پزشکی)

عضو	اختلال دارد	اختلال ندارد	مشکوک	نتیجه ارجاع			توضیحات	پی گیری
				اختلال	بیماری	مشکوک		
قلب وعروق (فشار خون بالا)								
				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								

ج) 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 (بیشک)

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 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	خونریزی از لثه دارد <input type="checkbox"/>	
دندان درد 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:		

ذ) اظهار نظر پزشک متخصص

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:	

ر) پیگیری ارجاعات و توصیه ها

تاریخ معاینه	نوع اختلال / بیماری	تاریخ ارجاع	محل ارجاع	نتیجه ارجاع	توصیه ها