



وزارت علم، تحقیقات و فناوری
سازمان امور دانشجویان
دفتر مشاوره و سلامت

کارنامه سلامت جسم دانشجویان ورودی جدید سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵

مراکز بهداشت و درمان
دانشگاههای سراسر کشور

دانشجوی گرامی

حضور شما را در دانشگاه، مهد علم و اندیشه، گرامی می‌داریم. پرسشنامه‌ی حاضر، همانند سال‌های گذشته توسط دفتر مشاوره و سلامت، به منظور بررسی سلامت تمامی دانشجویان دانشگاه‌های تحت پوشش وزارت علوم، تحقیقات و فناوری طراحی شده است. براساس تعهدات حرفه‌ای پزشکان و سایر کادر بهداشتی درمانی محرمانه بودن پاسخ‌ها به‌طور کامل رعایت می‌گردد و پرسشنامه‌ها صرفاً توسط دفتر مشاوره و سلامت به منظور تعیین وضعیت کلی سلامت جسمی دانشجویان دانشگاه‌های کشور و نیز توسط مرکز بهداشت و درمان هر دانشگاه برای برنامه‌ریزی اقدامات ارتقاء بهداشت جسمانی دانشجویان مورد استفاده قرار می‌گیرند. با توجه به اهمیت اهداف طرح، خواهشمند است سؤالات زیر را مطالعه و به دقت همه آنها را پاسخ دهید. در صورت وجود هرگونه ابهام در سؤالات می‌توانید از همکاران مرکز بهداشت و درمان کمک بگیرید. پیشاپیش از همکاری صادقانه و دقت نظر شما دانشجوی عزیز سپاسگزار می‌شود. توجه داشته باشید در صورتی که براساس کتمان در پاسخگویی به سؤالات، نقص یا خللی در فرآیند معاینه ایجاد شود به نوعی که منجر به خسارت‌های جسمی، روحی یا معنوی در آینده گردد، مرکز بهداشت و درمان هیچگونه مسؤلیتی بر عهده نخواهد داشت.

امضاء دانشجو

۱- مشخصات عمومی دانشجو:

۱. نام و نام خانوادگی:	۲. سن (به سال):
۳. جنسیت: ۱- مذکر <input type="checkbox"/> ۲- مؤنث <input type="checkbox"/>	۴. وضعیت تأهل: ۱- مجرد <input type="checkbox"/> ۲- متأهل <input type="checkbox"/> ۳- سایر <input type="checkbox"/> ذکر گردد
۵. نام دانشگاه:	۶. نام دانشکده:
۷. محل تولد (استان):	۸. ملیت: (برای دانشجویان غیر ایرانی)
۹. گروه خونی:	۱۰. رشته تحصیلی پذیرفته شده: ۱۱. شماره دانشجویی:
۱۲. مقطع تحصیلی پذیرفته شده در دانشگاه: ۱- فوق دیپلم <input type="checkbox"/> ۲- کارشناسی <input type="checkbox"/> ۳- کارشناسی ارشد <input type="checkbox"/> ۴- دکترای حرفه‌ای <input type="checkbox"/> ۵- دکترای تخصصی <input type="checkbox"/>	
۱۳. در کدام گروه آزمایشی زیر پذیرفته شده اید: ۱- علوم ریاضی و فنی <input type="checkbox"/> ۲- علوم تجربی <input type="checkbox"/> ۳- علوم انسانی <input type="checkbox"/> ۴- هنر <input type="checkbox"/> ۵- زبان‌های خارجی <input type="checkbox"/>	
۱۴. دارای دفترچه بیمه: ۱- خدمات درمانی <input type="checkbox"/> ۲- تأمین اجتماعی <input type="checkbox"/> ۳- نیروهای مسلح <input type="checkbox"/> ۴- بانک، شهرداری و غیره <input type="checkbox"/> ۵- بدون بیمه <input type="checkbox"/>	
۱۵. محل سکونت دوره دانشجویی: ۱- با خانواده <input type="checkbox"/> ۲- در خوابگاه <input type="checkbox"/> ۳- در خوابگاه خودگردان <input type="checkbox"/> ۴- در خانه اجاره‌ای با دوستان <input type="checkbox"/> ۵- در خانه اجاره‌ای به تنهایی <input type="checkbox"/> ۶- در خانه اقوام <input type="checkbox"/>	
۱۶. آدرس پست الکترونیک (ایمیل):	شماره تلفن ثابت / همراه:

۲- سوابق مواجهه با عوامل زیان آور محیطی (در محیط کار یا تحصیل) (ویژه دانشجویان تحصیلات تکمیلی)

۱۷. آیا تاکنون با موارد ذیل سروکار داشته اید؟	
۱- سرو صدای بیش از حد مجاز	بلی <input type="checkbox"/> لطفأ منبع آن ذکر گردد خیر <input type="checkbox"/>
۲- ارتعاشات	بلی <input type="checkbox"/> لطفأ منبع آن ذکر گردد خیر <input type="checkbox"/>
۳- اشعه	بلی <input type="checkbox"/> لطفأ منبع آن ذکر گردد خیر <input type="checkbox"/>
۴- مواد شیمیایی	بلی <input type="checkbox"/> لطفأ منبع آن ذکر گردد خیر <input type="checkbox"/>
۵- مواد بیولوژیکی	بلی <input type="checkbox"/> لطفأ منبع آن ذکر گردد خیر <input type="checkbox"/>
۱۸. آیا در حال حاضر غیر از تحصیل، شاغل می‌باشید؟ ۱- خیر <input type="checkbox"/> ۲- بلی <input type="checkbox"/> لطفأ نام شغل و وظیفه شما در شغل ذکر گردد	
۱۹. آیا تاکنون دوره آموزشی مرتبط با ایمنی در محیط آزمایشگاه یا کارگاه را گذرانده اید؟	
۱- خیر <input type="checkbox"/> ۲- بلی <input type="checkbox"/> لطفأ نام دوره، مدت و محل آن ذکر گردد....	۳- با توجه به رشته تحصیلی قبلی ام نیازی به این دوره نداشته ام <input type="checkbox"/>

موارد زیر توسط دانشجو تکمیل می گردد

۳- عادات سلامت فردی

۱- اصلاً ندارم <input type="checkbox"/>	۲- یک یا دو روز <input type="checkbox"/>	۳- سه یا چهار روز <input type="checkbox"/>	۴- پنج تا هفت روز <input type="checkbox"/>
۲۰. در طول یک هفته، چندروز حداقل به مدت سی دقیقه فعالیت بدنی دارید؟ (ورزش متوسط مانند پیاده روی سریع، شناکردن یا دوچرخه سواری و...)			
۱- اصلاً مسواک نمی زنم <input type="checkbox"/>	۲- گاهی مسواک می زنم <input type="checkbox"/>	۳- یک بار در روز <input type="checkbox"/>	۴- بیش از یک بار <input type="checkbox"/>
۲۱. در شبانه روز چند بار مسواک می زنید؟			
۱- اصلاً استفاده نمی کنم <input type="checkbox"/>	۲- هر چند روز یکبار <input type="checkbox"/>	۳- هر روز <input type="checkbox"/>	
۲۲. میزان استفاده شما از نخ دندان چقدر است؟			
۲۳. معمولاً الگوی خواب و بیداری شما چگونه است؟			
۱- کمتر از ۶ ساعت <input type="checkbox"/>	۲- ۶ تا ۸ ساعت <input type="checkbox"/>	۳- ۸ تا ۱۰ ساعت <input type="checkbox"/>	۴- بیش از ۱۰ ساعت <input type="checkbox"/>
۲۴. بطور متوسط در شبانه روز چند ساعت می خوابید؟			
۲۵. کدام یک از گزینه های زیر در مورد سیگار کشیدن در رابطه با شما صدق می کند؟			
۱- قبلاً استفاده می کردم <input type="checkbox"/>	۲- اصلاً استفاده نمی کنم <input type="checkbox"/>	۳- بطور موردی استفاده می کنم <input type="checkbox"/>	۴- روزانه استفاده می کنم <input type="checkbox"/>
۲۶. کدام یک از گزینه های زیر در مورد مصرف قلیان برای شما صدق می کند؟			
۱- قبلاً استفاده می کردم <input type="checkbox"/>	۲- اصلاً استفاده نمی کنم <input type="checkbox"/>	۳- بطور موردی استفاده می کنم <input type="checkbox"/>	۴- هفتگی استفاده می کنم <input type="checkbox"/>
۲۷. در طول شبانه روز معمولاً کدام یک از ابزارهای زیر را بطور مداوم و به چه مدت استفاده می کنید؟			
۱- تبلت/لپ تاب/ کامپیوتر <input type="checkbox"/>	۲- موبایل <input type="checkbox"/>	۳- XBOX و سایر <input type="checkbox"/>	

۴- عادات غذایی:

۱- به ندرت <input type="checkbox"/>	۲- ۱ یا ۲ روز <input type="checkbox"/>	۳- ۳ یا ۴ روز <input type="checkbox"/>	۴- تمام روزهای هفته <input type="checkbox"/>
۲۸. چند روز در هفته وعده کامل صبحانه می خورید؟ (صبحانه کامل شامل غلات یا کربوهیدرات مانند نان، لبنیات یا غذاهای کلسیم دار مانند پنیر و میوه می باشد)			
۱- کمتر از ۱۰ دقیقه <input type="checkbox"/>	۲- بین ۱۰ تا ۲۰ دقیقه <input type="checkbox"/>	۳- بین ۲۰ تا ۳۰ دقیقه <input type="checkbox"/>	۴- بیشتر از ۳۰ دقیقه <input type="checkbox"/>
۲۹. چه مدت زمانی را برای صرف یک وعده غذا اختصاص می دهید؟			
۱- به ندرت <input type="checkbox"/>	۲- کم (کمتر از ۲ واحد) <input type="checkbox"/>	۳- متوسط (۲ تا ۴ واحد) <input type="checkbox"/>	۴- زیاد (بیش تر از ۴ واحد) <input type="checkbox"/>
۳۰. میزان مصرف روزانه میوه شما چقدر است؟ (یک واحد معادل یک فنجان میوه ریز و یا یک سیب متوسط است)			
۱- به ندرت <input type="checkbox"/>	۲- کم (کمتر از ۲ واحد) <input type="checkbox"/>	۳- متوسط (۲ تا ۴ واحد) <input type="checkbox"/>	۴- زیاد (بیش تر از ۴ واحد) <input type="checkbox"/>
۳۱. روزانه چند واحد سبزیجات مصرف می کنید؟ (یک واحد سبزی = یک لیوان سبزی خام مانند سبزی خوردن یا کاهو، نصف لیوان سبزی پخته مانند هویج یا لوبیاسبز)			
۱- تمام روزهای هفته <input type="checkbox"/>	۲- ۲ یا ۳ بار در هفته <input type="checkbox"/>	۳- ۱ بار در هفته <input type="checkbox"/>	۴- به ندرت <input type="checkbox"/>
۳۲. تعداد دفعات استفاده شما از انواع شیرینی (کیک، شکلات و ...) در هفته چقدر است؟			
۱- تمام روزهای هفته <input type="checkbox"/>	۲- ۲ یا ۳ بار در هفته <input type="checkbox"/>	۳- ۱ بار در هفته <input type="checkbox"/>	۴- به ندرت <input type="checkbox"/>
۳۳. تعداد دفعات استفاده شما از تنقلات (چیپس، پفک، پیلا و ...) در هفته چقدر است؟			
۱- تمام روزهای هفته <input type="checkbox"/>	۲- ۲ یا ۳ بار در هفته <input type="checkbox"/>	۳- ۱ بار در هفته <input type="checkbox"/>	۴- به ندرت <input type="checkbox"/>
۳۴. در طول هفته چند بار از نوشابه های گازدار شیرین، آبمیوه های صنعتی و ماء الشعیر استفاده می کنید؟			
۱- تمام روزهای هفته <input type="checkbox"/>	۲- ۱ یا ۲ روز در هفته <input type="checkbox"/>	۳- به ندرت <input type="checkbox"/>	
۳۵. تعداد دفعات استفاده شما از غذاهای آماده (فست فود) در هفته چقدر است؟			
۱- تمام روزهای هفته <input type="checkbox"/>	۲- ۲ یا ۳ بار در هفته <input type="checkbox"/>	۳- ۱ بار در هفته <input type="checkbox"/>	۴- به ندرت <input type="checkbox"/>
۳۶. روزانه چه میزان لبنیات مصرف می کنید؟ (یک واحد لبنیات برابر با یک لیوان شیر یا ماست یا دو قوطی کبریت پنیر)			
۱- به ندرت <input type="checkbox"/>	۲- کم (کمتر از ۲ واحد) <input type="checkbox"/>	۳- متوسط (۲ تا ۳ واحد) <input type="checkbox"/>	۴- زیاد (بیش از ۳ واحد) <input type="checkbox"/>
۳۷. چه میزان غذای گوشتی و پروتئینی در روز مصرف می کنید؟ (یک واحد پروتئین برابر است با یک قوطی کبریت گوشت قرمز بدون چربی یا سفید یا ماهی، یک قوطی کبریت پنیر، یک فنجان حبوبات یا یک عدد تخم مرغ)			
۱- به ندرت <input type="checkbox"/>	۲- کم (کمتر از ۲ واحد) <input type="checkbox"/>	۳- متوسط (۲ تا ۳ واحد) <input type="checkbox"/>	۴- زیاد (بیش از ۳ واحد) <input type="checkbox"/>
۳۸. تخم مرغ چه میزان از پروتئین رژیم غذایی شما را تامین می کند؟			
۱- روزانه ۱ عدد <input type="checkbox"/>	۲- ۲ یا ۳ عدد در هفته <input type="checkbox"/>	۳- به ندرت <input type="checkbox"/>	
۳۹. در شش ماه گذشته وزن شما چه تغییری داشته است؟			
۱- تغییر وزن نداشته ام <input type="checkbox"/>	۲- ده درصد افزایش وزن بدن یا بیشتر <input type="checkbox"/>	۳- ده درصد کاهش وزن بدن یا بیشتر <input type="checkbox"/>	۴- تغییر وزن کمتر از ده درصد <input type="checkbox"/>
۴۰. آیا کمتر از یک ساعت بعد از غذا چای می نوشید؟			
۱- خیر <input type="checkbox"/>			
۲- بلی <input type="checkbox"/>			

۴۱. آیا معمولاً هنگام خوردن غذا به آن نمک اضافه می کنید؟

۱- خیر

۲- بلی

۵- سابقه پزشکی فرد (کدام یک از مشکلات زیر را تاکنون داشته‌اید؟)

۴۲. گردش خون و قلب:	۱- فشار خون بالا <input type="checkbox"/>	۲- بیماری قلبی <input type="checkbox"/>	۳- کم‌خونی تأیید شده <input type="checkbox"/>
۴- بی‌نظمی ضربان قلب <input type="checkbox"/>	۵- سایر ذکر شود	۶- هیچکدام <input type="checkbox"/>	
۴۳. گوارش و کبد:	۱- مشکلات بلع غذا <input type="checkbox"/>	۲- ترش کردن مکرر <input type="checkbox"/>	۳- ناراحتی معده و اثنی عشر <input type="checkbox"/>
۵- هپاتیت B یا C <input type="checkbox"/>	۶- زردی و یرقان <input type="checkbox"/>	۷- اسهال مزمن <input type="checkbox"/>	۸- یبوست مزمن <input type="checkbox"/>
۹- سایر ذکر شود	۱۰- هیچکدام <input type="checkbox"/>	۴- حالت تهوع مکرر <input type="checkbox"/>	۵- هیچکدام <input type="checkbox"/>
۴۴. بینایی:	۱- کوررنگی <input type="checkbox"/>	۲- دو بینی <input type="checkbox"/>	۳- کاهش دید <input type="checkbox"/>
۴- سایر ذکر شود	۵- هیچکدام <input type="checkbox"/>	۴- خونریزی مکرر از بینی <input type="checkbox"/>	۳- سینوزیت مزمن <input type="checkbox"/>
۴۵. گوش و حلق و بینی:	۱- وزوز گوش <input type="checkbox"/>	۲- کاهش شنوایی <input type="checkbox"/>	۳- سردرد مکرر <input type="checkbox"/>
۵- سایر ذکر شود	۶- هیچکدام <input type="checkbox"/>	۴- سرگیجه دوره ای <input type="checkbox"/>	۷- هیچکدام <input type="checkbox"/>
۴۶. مغز و اعصاب:	۱- از دست دادن هشیاری <input type="checkbox"/>	۲- صرع و تشنج <input type="checkbox"/>	۳- سردرد مکرر <input type="checkbox"/>
۵- MS <input type="checkbox"/>	۶- سایر ذکر شود ..	۴- سرگیجه دوره ای <input type="checkbox"/>	۷- هیچکدام <input type="checkbox"/>
۴۷. ادراری / تناسلی:	۱- سنگ کلیه <input type="checkbox"/>	۲- عفونت ادراری <input type="checkbox"/>	۳- عفونت های دستگاه تناسلی <input type="checkbox"/>
۴- تنگی نفس <input type="checkbox"/>	۵- سایر ذکر شود	۴- سایر ذکر شود	۵- هیچکدام <input type="checkbox"/>
۴۸. تنفسی:	۱- عفونت مکرر دستگاه تنفسی <input type="checkbox"/>	۲- سرفه های بیش از دوهفته <input type="checkbox"/>	۳- آسم <input type="checkbox"/>
۴- تنگی نفس <input type="checkbox"/>	۵- سایر ذکر شود	۶- هیچکدام <input type="checkbox"/>	
۴۹. پوست:	۱- آکنه <input type="checkbox"/>	۲- عفونت های پوستی (قارچ و ...) <input type="checkbox"/>	۳- ناراحتی های پوستی <input type="checkbox"/>
۵- سایر موارد: <input type="checkbox"/>	۱- چربی خون بالا <input type="checkbox"/>	۲- دردهای اسکلتی-عضلانی <input type="checkbox"/>	۳- مشکلات مادرزادی <input type="checkbox"/>
۴- دیابت (بیماری قند) <input type="checkbox"/>	۵- اختلالات تیروئید <input type="checkbox"/>	۶- احساس خستگی مزمن <input type="checkbox"/>	۷- سل <input type="checkbox"/>
۱۰- سرطان یا تومور <input type="checkbox"/>	۱۱- مغلوطیت <input type="checkbox"/>	۱۲- تب روماتیسمی <input type="checkbox"/>	۹- مشکلات خواب <input type="checkbox"/>
۱۲- هیچکدام <input type="checkbox"/>	۱۱- مغلوطیت <input type="checkbox"/>	۱۱- مغلوطیت <input type="checkbox"/>	۱۲- هیچکدام <input type="checkbox"/>

۵۱. کدام یک از آسیب دیدگی و حوادث زیر برای شما اتفاق افتاده است؟

۱- شکستگی و آسیب استخوانی <input type="checkbox"/>	۲- ضربه مغزی <input type="checkbox"/>	۳- سوختگی شدید <input type="checkbox"/>	۴- برق گرفتگی <input type="checkbox"/>
۵- سایر ذکر شود	۶- هیچکدام <input type="checkbox"/>	۵- سایر ذکر شود	۶- هیچکدام <input type="checkbox"/>
۵۲. آیا سابقه مصرف طولانی مدت دارو را دارید؟	۱- خیر <input type="checkbox"/>	۲- بلی <input type="checkbox"/>	
نام دارو.....	میزان مصرف.....	مدت زمان مصرف.....	علت مصرف.....
۵۳. آیا شما به داروی خاصی حساسیت دارید؟	۱- خیر <input type="checkbox"/>	۲- بلی <input type="checkbox"/>	
نام دارو.....	نوع واکنش به دارو.....		
۵۴. کدامیک از حساسیت های ذکر شده زیر را دارید؟	۱- غذا <input type="checkbox"/>	۲- محیط (گرده گیاهان، گرد و خاک و)	سایر موارد را ذکر نمایید.....
۵۵. چه نوع دارویی را بدون تجویز پزشک مصرف می کنید؟	۱- آنتی بیوتیکها <input type="checkbox"/>	۲- مسکن های ساده <input type="checkbox"/>	۳- ویتامین ها و مکمل های غذایی <input type="checkbox"/>
۵- داروهای نیروزا <input type="checkbox"/>	۶- بدون تجویز هر دارویی مصرف می کنم <input type="checkbox"/>	۷- بدون تجویز اصلاً مصرف نمی کنم <input type="checkbox"/>	۸- سایر موارد ذکر گردد.....

۶- سابقه پزشکی خانواده

۵۶. کدام یک از موارد زیر در خانواده درجه یک (پدر، مادر، خواهر و برادر) شما وجود دارد؟	۱- دیابت (بیماری قند) <input type="checkbox"/>	۲- سابقه سکته قلبی زیر پنجاه سال <input type="checkbox"/>	۳- فشار خون بالا <input type="checkbox"/>	۴- سرطان <input type="checkbox"/>	۵- سل <input type="checkbox"/>
۶- چربی خون بالا <input type="checkbox"/>	۷- چاقی <input type="checkbox"/>	۸- آلرژی <input type="checkbox"/>	۹- بیماری های اعصاب و روان <input type="checkbox"/>	۱۰- بیماری های کلیوی <input type="checkbox"/>	۱۱- سکته مغزی <input type="checkbox"/>
۱۴- بیماری های قلبی و عروقی <input type="checkbox"/>	۱۵- اختلال تیروئید <input type="checkbox"/>	۱۶- مصرف دخانیات (سیگار، پپ، قلیان) <input type="checkbox"/>	۱۷- هیچکدام <input type="checkbox"/>		

۷- ارزیابی عملکرد

۵۷. آیا به دلیل بیماری خاصی در حال حاضر تحت مراقبت پزشک هستید؟	۱- بلی <input type="checkbox"/>	بیماری و مدت زمان درمان ذکر گردد.....	۲- خیر <input type="checkbox"/>
۵۸. آیا در حال حاضر درد خاص و یا مزمنی در خود احساس می کنید؟	۱- بلی <input type="checkbox"/>	ذکر گردد.....	۲- خیر <input type="checkbox"/>
۵۹. کدام یک از فعالیت های زیر به دلیل مشکل جسمی شما محدود شده است؟	۱- کار روزانه <input type="checkbox"/>	۲- ورزش ملایم <input type="checkbox"/>	۳- ورزش حرفه ای <input type="checkbox"/>
۶۰. هنگام انجام ورزش سنگین (مانند دویدن) دچار کدامیک از مشکلات زیر می شوید؟	۱- درد قفسه سینه <input type="checkbox"/>	۲- سرفه <input type="checkbox"/>	۳- سرگیجه <input type="checkbox"/>
۵- هیچکدام <input type="checkbox"/>	۴- یادگیری <input type="checkbox"/>	۵- هیچکدام <input type="checkbox"/>	

موارد زیر توسط پرستار و یا کارشناسان مرکز بهداشت تکمیل گردد

۸: معاینات جسمانی

۸-۱- اندازه‌گیری قد، وزن و فشار خون (محاسبه BMI از روش $BMI = \frac{\text{وزن (kg)}}{\text{قد}^2 (m)}$)

۶۱. قد (سانتی‌متر):	۶۲. وزن (کیلوگرم):	BMI: ۶۳	۶۴. فشار خون (میلی‌متر جیوه):
$\frac{\text{(مکانیزم) سیستولیک}}{\text{(میتیم) دیاستولیک}} = \text{_____}$			

۸-۲- اندازه‌گیری قدرت بینایی (طبیعی) اصلاح شده (اعمال جراحی، عینک، لنز و...)

۶۵. وضعیت بینایی چشم راست کدام گزینه است؟

۱- ۱۰/۱۰ ۲- ۹/۱۰ ۳- ۸/۱۰ و کمتر کوررنگی نابینایی

۶۶. وضعیت بینایی چشم چپ کدام گزینه است؟

۱- ۱۰/۱۰ ۲- ۹/۱۰ ۳- ۸/۱۰ و کمتر کوررنگی نابینایی

۸-۳- معاینه دهان و دندان

۶۷. وضعیت بهداشت دهان کدام گزینه است؟

۱- بد ۲- متوسط ۳- خوب

۶۸. وضعیت بهداشت لثه‌ها کدام گزینه است؟

۱- بیماری لثه (پیوره) ۲- التهاب لثه ۳- طبیعی

۶۹. تعداد دندان‌های پوسیده چند تا است؟

۱- صفر ۲- عدد

۷۰. تعداد دندان‌های پر شده به علت پوسیدگی کدام گزینه است؟

۱- صفر ۲- عدد

۷۱. تعداد دندان‌های کشیده شده به علت پوسیدگی کدام گزینه است؟

۱- صفر ۲- عدد

۹- ارزیابی کارشناس:

* در صورتی که در هر یک از موارد بندهای ۵ تا ۸ اختلالی رویت گردید نیاز به بررسی و معاینه پزشک دارد

** در صورت مثبت بودن هر یک از موارد سابقه پزشکی دیابت در بستگان درجه یک، فشار خون بالای فرد، چربی خون بالای فرد و BMI > 25 فرد باید مورد آزمایش قند خون ناشتا در آزمایشگاه قرار گیرد.

۷۲. نیاز به آزمایش قند خون ناشتا دارد؟	۱- بلی <input type="checkbox"/>	۲- خیر <input type="checkbox"/>	۳- نتیجه آزمایش قند خون (در صورت انجام).....
۷۳. نیاز به معاینه پزشک دارد؟	۱- بلی <input type="checkbox"/>	۲- خیر <input type="checkbox"/>	

۱۰- نتیجه ارزیابی پزشک و پیگیری نهایی:

۷۴. نتیجه ارزیابی پزشک:

۱- سالم است و نیاز به پیگیری ندارد

۲- تحت نظر پزشک معالج است تشخیص:.....

۳- نیازمند پیگیری مرکز بهداشت و درمان است (اعم از نیاز به مراجعه مجدد، معاینه تکمیلی، ارجاع به متخصص یا سایر اقدامات پزشکی)

تشخیص اولیه ذکر گردد:

۷۵. نتیجه پیگیری انجام شده:

۱- سالم است ۲- نیاز به درمان دارد ۳- نیاز به بررسی بیشتر دارد

۱۳- توضیحات:

.....

امضاء کارشناس:

امضاء پزشک: