



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

کارنامه سلامت جسم دانشجویان

سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲

مرکز بهداشت و درمان

دانشگاه های سراسر کشور

دانشجوی گرامی ؛

سلام و خیر مقدم به شما ورودی جدید دانشگاههای وزارت علوم تحقیقات و فناوری به جهت افتخار حضور در صحن مقدس دانشگاه و ورود به جمع فرهیختگان دانشگاهی.

فرم های حاضر حاوی سوالاتی از وضعیت سلامت شماست که از طرف دفتر مشاوره و سلامت سازمان امور دانشجویان تهیه شده است و به عنوان پرونده بهداشتی شما و در دانشگاه محل تحصیل خواهد بود. مراقبین سلامت مراکز بهداشت دانشگاهها از اطلاعات مندرج در این پرونده که کاملاً محرمانه خواهد بود برای تامین، پایش و حفظ سلامتی شما بهره خواهند برد. لذا خواهشمند است ضمن پر کردن دقیق فرم های مذکور و در نهایت اخذ کد پیگیری، با در دست داشتن کد پیگیری مربوطه در روز تعیین شده از طرف مرکز بهداشت دانشگاهتان جهت ارزیابی سلامت جسمی و فیزیکی و معاینه به مرکز بهداشت دانشگاه خود مراجعه نمایید.

برای بررسی وجود بیماری های کم خونی، کمبود ویتامین دی و اختلالات غده تیروئید و بیماری قند آزمایش های مربوطه را قبل از وارد شدن به دانشگاه در شهر محل سکونت خود (با تجویز پزشک و مراجعه به یکی از آزمایشگاههای تشخیص طبی) انجام داده و یا در صورت انجام این آزمایشات در طی سال جاری پاسخ آنها را در روز ویزیت خود در مرکز بهداشت به همراه داشته باشید. در صورت وجود هرگونه ابهام در سؤالات می توانید توضیحات بیشتر را از مرکز بهداشت دانشگاه خود کسب نمایید. لازم به ذکر است پر کردن فرم ها جهت تکمیل و پایان یافتن فرایند ثبت نام کافی نبوده و حضور در روز تعیین شده جهت معاینه و تایید مرکز بهداشت الزامی می باشد.

پیشاپیش از همکاری صادقانه و دقت نظر شما دانشجوی عزیز سپاسگزار می شود. توجه داشته باشید در صورتی که براساس کتمان در پاسخگوئی به سؤالات، نقص یا خللی در فرآیند معاینه ایجاد شود به نوعی که منجر به خسارت های جسمی، روحی یا معنوی در آینده گردد، مرکز بهداشت و درمان هیچگونه مسؤلیتی بر عهده نخواهد داشت.

۱- مشخصات عمومی دانشجو:

دانشگاه:

نام:	۱. نام خانوادگی:
۳. کد ملی:	۴. شماره تلفن:
۵. تابعیت:	۶. ایمیل:
۷. جنسیت:	۸. وضعیت تأهل:
۹. تاریخ تولد:	۱۰. استان محل سکونت خانواده:
۱۱. شماره تلفن ضروری یکی از نزدیکان:	
۱۲. محل سکونت در دوران دانشجویی: با خانواده <input type="checkbox"/> خوابگاه <input type="checkbox"/> خانه دانشجویی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>	
۱۳. مقطع تحصیلی پذیرفته شده در دانشگاه:	
۱۴. نوع سهمیه پذیرفته شده:	
(۱) منطقه یک <input type="checkbox"/> (۲) منطقه دو <input type="checkbox"/> (۳) منطقه سه <input type="checkbox"/> (۴) خانواده شهدا <input type="checkbox"/> (۵) ایثارگران ۲۵ درصد ظرفیت <input type="checkbox"/>	(۶) رزمندگان <input type="checkbox"/> (۷) ایثارگران ۵ درصد ظرفیت <input type="checkbox"/> (۸) استعدادهای درخشان <input type="checkbox"/> (۹) سایر <input type="checkbox"/>
۱۵. رشته تحصیلی پذیرفته شده:	
۱۶. رشته / گروه:	
۱۷. نام دانشکده:	
۱۸. شماره دانشجویی:	
۱۹. بیمه درمانی: خدمات درمانی <input type="checkbox"/> تامین اجتماعی <input type="checkbox"/> نیروهای مسلح <input type="checkbox"/> ندارم <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>	
۲۰. گروه خونی:	
۲۱. آیا دارای معلولیت خاصی هستید؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نوع معلولیت

۲- سابقه مواجهه با عوامل زیان آور محیطی:

۱. آیا غیر از تحصیل، شاغل می باشید؟ ۱- بلی ۲- خیر ۳- قبلاً شاغل بودم عنوان شغل _____

۲. آیا تاکنون با موارد ذیل سروکار داشته اید؟ (در محیط کار یا ناشی از ابزار کار)

۱- سرو صدای بیش از حد مجاز بلی لطفأ منبع آن ذکر گردد خیر

۲- ارتعاشات بلی لطفأ منبع آن ذکر گردد خیر

۳- اشعه بلی لطفأ منبع آن ذکر گردد خیر

۴- مواد شیمیایی بلی لطفأ منبع آن ذکر گردد خیر

۵- مواد بیولوژیکی بلی لطفأ منبع آن ذکر گردد خیر

۳. آیا تاکنون دوره آموزشی مرتبط با ایمنی در محیط آزمایشگاه یا کارگاه را گذرانده اید؟

۱- بلی ۲- خیر لطفأ نام دوره، مدت و محل آن ذکر گردد

موارد زیر توسط دانشجو تکمیل می گردد

۳- عادات سلامت فردی:

۱. در طول یک هفته، چند روز حداقل به مدت سی دقیقه ورزش دارید؟ (ورزش متوسط مانند پیاده روی سریع، شنا کردن یا دوچرخه سواری ...)

۱- اصلاً ندارم ۲- یک یا دو روز ۳- سه یا چهار روز ۴- پنج تا هفت روز

۲. در شبانه روز چند بار مسواک می زنید؟

۱- اصلاً مسواک نمی زنم ۲- گاهی مسواک می زنم ۳- یک بار در روز ۴- بیش از یک بار

۳. میزان استفاده شما از نخ دندان چقدر است؟

۱- اصلاً استفاده نمی کنم ۲- هر چند روز یکبار ۳- هر روز ۴- داشتن برنامه منظم

۴. معمولاً الگوی خواب و بیداری شما چگونه است؟

۱- نداشتن برنامه منظم ۲- داشتن برنامه منظم

۵. بطور متوسط در شبانه روز چند ساعت می خوابید؟

کمتر از ۶ ساعت ۲- ۶ تا ۸ ساعت ۳- ۸ تا ۱۰ ساعت ۴- بیش از ۱۰ ساعت

۶. کدام یک از گزینه های زیر در مورد سیگار کشیدن در رابطه با شما صدق می کند؟

۱- قبلاً استفاده می کردم ۲- اصلاً استفاده نمی کنم ۳- بطور موردی استفاده می کنم ۴- روزانه استفاده می کنم

۷. کدام یک از گزینه های زیر در مورد مصرف قلیان برای شما صدق می کند؟

۱- قبلاً استفاده می کردم ۲- اصلاً استفاده نمی کنم ۳- بطور موردی استفاده می کنم ۴- هفتگی استفاده می کنم

۸. در طول شبانه روز چند ساعت از وسایلی مانند کامپیوتر، لب تاپ، موبایل، پلی استیشن و غیره استفاده می کنید؟

۱ تا ۴ ساعت ۴ تا ۸ ساعت بیشتر از ۸ ساعت استفاده نمی کنم

۴- عادات غذایی:

۱. 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)

به ندرت ۱ یا ۲ روز ۳ یا ۴ روز تمام روزهای هفته

۲. چه مدت زمانی را برای صرف یک وعده غذا اختصاص می دهید؟

کمتر از ۱۰ دقیقه بین ۱۰ تا ۲۰ دقیقه بین ۲۰-۳۰ دقیقه بیشتر از ۳۰ دقیقه

۳. میزان مصرف روزانه میوه شما چقدر است؟ (یک واحد معادل یک فنجان میوه ریز و یا یک سیب متوسط است)

به ندرت کم (کمتر از ۲ واحد) متوسط (۲ تا ۴ واحد) زیاد (بیش تر از ۴ واحد)

۴. 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)

به ندرت کم (کمتر از ۲ واحد) متوسط (۲ تا ۴ واحد) زیاد (بیش تر از ۴ واحد)

۵. تعداد دفعات استفاده شما از انواع شیرینی (کیک، شکلات و ...) در هفته چقدر است؟

تمام روزهای هفته ۲ یا ۳ بار در هفته ۱ بار در هفته به ندرت

۶. تعداد دفعات استفاده شما از تنقلات (چیپس، پفک، پفیلا و ...) در هفته چقدر است؟

تمام روزهای هفته ۲ یا ۳ بار در هفته ۱ بار در هفته به ندرت

۷. در طول هفته چند بار از نوشابه های گازدار شیرین، آبمیوه های صنعتی و ماء الشعیر استفاده می کنید؟

تمام روزهای هفته ۱ یا ۲ روز در هفته به ندرت

۸. تعداد دفعات استفاده شما از غذاهای آماده (فست فود) در هفته چقدر است؟

تمام روزهای هفته ۲ یا ۳ بار در هفته ۱ بار در هفته به ندرت

۹. روزانه چه میزان لبنیات مصرف می کنید؟ (یک واحد لبنیات برابر با یک لیوان شیر یا ماست یا دو قوطی کبریت پنیر)

به ندرت کم (کمتر از ۲ واحد) متوسط (۲ تا ۳ واحد) زیاد (بیش از ۳ واحد)

۱۰. 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)

به ندرت <input type="checkbox"/>	کمتر از ۲ واحد) <input type="checkbox"/>	متوسط (۲ تا ۳ واحد) <input type="checkbox"/>	زیاد (بیش از ۳ واحد) <input type="checkbox"/>
۱۱. تخم مرغ چه میزان از پروتئین رژیم غذایی شما را تامین می کند؟ روزانه ۱ عدد <input type="checkbox"/> ۲ یا ۳ عدد در هفته <input type="checkbox"/> به ندرت <input type="checkbox"/>			
۱۲. در شش ماه گذشته وزن شما چه تغییری داشته است؟ تغییر وزن نداشته ام <input type="checkbox"/> ده درصد افزایش وزن بدن یا بیشتر <input type="checkbox"/> ده درصد کاهش وزن بدن یا بیشتر <input type="checkbox"/> تغییر وزن کمتر از ده درصد <input type="checkbox"/>			
۱۳. آیا کمتر از یک ساعت بعد از غذا چای می نوشید؟ ۱- خیر <input type="checkbox"/> ۲- بلی <input type="checkbox"/>			
۱۴. آیا معمولاً هنگام خوردن غذا به آن نمک اضافه می کنید؟ ۱- خیر <input type="checkbox"/> ۲- بلی <input type="checkbox"/>			

۵- سابقه پزشکی فرد :

۱. آیا به دلیل بیماری خاصی در حال حاضر تحت مراقبت پزشک هستید؟ بلی <input type="checkbox"/> نام بیماری مدت زمان خیر <input type="checkbox"/>			
۲. آیا تحت درمان با داروی خاصی می باشید؟ بلی <input type="checkbox"/> نام دارو مدت زمان مصرف خیر <input type="checkbox"/>			
۳. آیا در گروه بیماران با نقص ایمنی زیر قرار دارید؟ تحت درمان با کورتیکواستروئید <input type="checkbox"/> شیمی درمانی <input type="checkbox"/> پیوند اعضا <input type="checkbox"/> بدخیمی ها (سرطان) <input type="checkbox"/> عفونت HIV <input type="checkbox"/>			
۴. آیا سابقه رفتار خود آسیب رسان داشته اید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>			
۵. آیا سابقه اختلال روانی که تحت درمان دارویی باشید را داشته اید؟ بلی <input type="checkbox"/> نام اختلال خیر <input type="checkbox"/>			
۶. آیا سابقه کمبود ویتامین دی را داشته اید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/>			
۷. کدام یک از مشکلات یا بیماری های زیر را تاکنون داشته اید؟ • گردش خون و قلب: فشار خون بالا <input type="checkbox"/> بیماری قلبی <input type="checkbox"/> کم خونی تأیید شده <input type="checkbox"/> طپش قلب <input type="checkbox"/> هیچکدام <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> ذکر شود			
• گوارش و کبد: مشکلات بلع غذا <input type="checkbox"/> ترش کردن مکرر <input type="checkbox"/> ناراحتی معده و اثنی عشر <input type="checkbox"/> حالت تهوع مکرر <input type="checkbox"/> هپاتیت B یا C <input type="checkbox"/> زردی و یرقان <input type="checkbox"/> اسهال مزمن <input type="checkbox"/> یبوست مزمن <input type="checkbox"/> سایر ذکر شود هیچکدام <input type="checkbox"/>			
• بینایی: کوررنگی <input type="checkbox"/> دو بینی <input type="checkbox"/> کاهش دید <input type="checkbox"/> هیچکدام <input type="checkbox"/> سایر ذکر شود			
• گوش و حلق و بینی: وزوز گوش <input type="checkbox"/> کاهش شنوایی <input type="checkbox"/> سینوزیت مزمن <input type="checkbox"/> خونریزی مکرر از بینی <input type="checkbox"/> سایر ذکر شود..... هیچکدام <input type="checkbox"/>			
• مغز و اعصاب: از دست دادن هوشیاری <input type="checkbox"/> صرع و تشنج <input type="checkbox"/> سردرد مکرر <input type="checkbox"/> سرگیجه دوره ای <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> سایر هیچکدام <input type="checkbox"/>			
• ادراری / تناسلی: سنگ کلیه <input type="checkbox"/> عفونت ادراری <input type="checkbox"/> عفونت های دستگاه تناسلی <input type="checkbox"/> سایر ذکر شود			
• تنفسی: عفونت مکرر دستگاه تنفسی <input type="checkbox"/> سرفه های بیش از دوهفته <input type="checkbox"/> آسم <input type="checkbox"/> تنگی نفس <input type="checkbox"/> سایر ذکر شود			
• پوست: آکنه <input type="checkbox"/> ۲- عفونت های پوستی (قارچ و ...) <input type="checkbox"/> ۳- بیماری های مزمن پوستی <input type="checkbox"/> ۴- سایر ذکر شود..... ۵- هیچکدام <input type="checkbox"/>			
• سایر موارد: چربی خون بالا <input type="checkbox"/> دردهای اسکلتی-عضلانی <input type="checkbox"/> مشکلات مادرزادی <input type="checkbox"/> ذکر شود... دیابت (بیماری قند) <input type="checkbox"/> اختلالات تیروئید <input type="checkbox"/> سل <input type="checkbox"/> احساس خستگی <input type="checkbox"/> تب روماتیسمی <input type="checkbox"/> مشکلات خواب <input type="checkbox"/> سرطان یا تومور <input type="checkbox"/> ذکر شود..... هیچکدام <input type="checkbox"/> مزمن <input type="checkbox"/>			
۸. کدام یک از آسیب دیدگی و حوادث زیر برای شما اتفاق افتاده است؟ شکستگی و آسیب استخوانی <input type="checkbox"/> ضربه مغزی <input type="checkbox"/> سوختگی شدید <input type="checkbox"/> برق گرفتگی <input type="checkbox"/> سایر ذکر شود هیچکدام <input type="checkbox"/>			
۹. آیا سابقه مصرف طولانی مدت دارو را دارید؟ نام دارو میزان مصرف مدت زمان مصرف علت مصرف بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>			
۱۰. آیا شما به داروی خاصی حساسیت دارید؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نام دارو نوع واکنش به دارو			
۱۱. کدامیک از حساسیت های ذکر شده زیر را دارید؟ غذا <input type="checkbox"/> محیط (گرده گیاهان، گرد و خاک و) <input type="checkbox"/> سایر موارد را ذکر نمایید			
۱۲. چه نوع دارویی را بدون تجویز پزشک مصرف می کنید؟ هیچکدام <input type="checkbox"/>			

آنتی بیوتیکها مسکن های ساده ویتامینها و مکمل های غذایی داروهای آرام بخش داروهای نیروزا
بدون تجویز هر دارویی مصرف می کنم بدون تجویز اصلاً مصرف نمی کنم سایر موارد ذکر گردد.....

۶- سابقه پزشکی خانواده

کدام یک از موارد زیر در خانواده درجه یک (پدر، مادر، خواهر و برادر) شما وجود دارد؟

دیابت (بیماری قند) سابقه سکته قلبی زیر پنجاه سال فشار خون بالا سرطان نوع ذکر شود..... سل
چربی خون بالا چاقی آلرژی بیماری های اعصاب و روان
بیماریهای کلیوی سکته مغزی آسم اختلالات ژنتیکی
بیماری های قلبی و عروقی اختلال تیروئید مصرف دخانیات (سیگار، پیپ، قلیان) هیچکدام

۷- بخش بیماری کووید-۱۹

آیا سابقه ابتلا به کورونا را داشته اید؟ خیر بلی
آیا عوارض مزمن ناشی از کرونا داشته اید؟ خیر بلی چه عارضه ای:

آیا فوت اقوام درجه یک (مادر، پدر، خواهر یا برادر) بعلت کورونا داشته اید؟ خیر بلی
آیا سابقه بستری بعلت کرونا را در بیمارستان داشته اید؟ خیر بلی
سابقه واکسیناسیون: یک دوز دو دوز سه دوز چهار دوز اصلاً نزده ام
علت عدم تزریق

موارد زیر توسط پرستار و یا کارشناس مرکز بهداشت تکمیل گردد

۸- معاینات جسمانی

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

قد (سانتی متر):	وزن (کیلوگرم):	BMI:	فشار خون (میلیمتر جیوه):	_____ = (ماتریم) سیستمیک / (میتیم) دیاستولیک
-----------------	----------------	------	--------------------------	--

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

وضعیت بینایی چشم راست کدام گزینه است؟	<input type="checkbox"/> ۱۰/۱۰	<input type="checkbox"/> ۹/۱۰	<input type="checkbox"/> ۸/۱۰ و کمتر	<input type="checkbox"/> کورنگی	<input type="checkbox"/> نابینایی
وضعیت بینایی چشم چپ کدام گزینه است؟	<input type="checkbox"/> ۱۰/۱۰	<input type="checkbox"/> ۹/۱۰	<input type="checkbox"/> ۸/۱۰ و کمتر	<input type="checkbox"/> کورنگی	<input type="checkbox"/> نابینایی

۸-۳- معاینه دهان و دندان

وضعیت بهداشت دهان کدام گزینه است؟	<input type="checkbox"/> بد	<input type="checkbox"/> متوسط	<input type="checkbox"/> خوب
وضعیت بهداشت لثه ها کدام گزینه است؟	<input type="checkbox"/> بیماری لثه (پیوره)	<input type="checkbox"/> التهاب لثه	<input type="checkbox"/> طبیعی
تعداد دندان های پوسیده چند تا است؟	<input type="checkbox"/> صفر	..... عدد
تعداد دندان های پر شده به علت پوسیدگی کدام گزینه است؟	<input type="checkbox"/> صفر	..... عدد
تعداد دندان های کشیده شده به علت پوسیدگی کدام گزینه است؟	<input type="checkbox"/> صفر	..... عدد

۹- پاراکلینیک:

هموگلوبین:	میزان پاسخ آزمایش (به عدد)	.....	نرمال	<input type="checkbox"/>	بالا تر از نرمال	<input type="checkbox"/>	پایین تر از نرمال	<input type="checkbox"/>	انجام نشده	<input type="checkbox"/>
هماتوکریت:	میزان پاسخ آزمایش (به عدد)	.....	نرمال	<input type="checkbox"/>	بالا تر از نرمال	<input type="checkbox"/>	پایین تر از نرمال	<input type="checkbox"/>	انجام نشده	<input type="checkbox"/>
ویتامین ۳:	میزان پاسخ آزمایش (به عدد)	.....	نرمال	<input type="checkbox"/>	بالا تر از نرمال	<input type="checkbox"/>	پایین تر از نرمال	<input type="checkbox"/>	انجام نشده	<input type="checkbox"/>
قند خون:	میزان پاسخ آزمایش (به عدد)	.....	نرمال	<input type="checkbox"/>	بالا تر از نرمال	<input type="checkbox"/>	پایین تر از نرمال	<input type="checkbox"/>	انجام نشده	<input type="checkbox"/>
TSH:	میزان پاسخ آزمایش (به عدد)	.....	نرمال	<input type="checkbox"/>	بالا تر از نرمال	<input type="checkbox"/>	پایین تر از نرمال	<input type="checkbox"/>	انجام نشده	<input type="checkbox"/>

ارزیابی کارشناسی: * در صورت وجود هر گونه یافته غیر طبیعی طبق دستورالعمل نیاز به معاینه پزشک وجود دارد و باید ارجاع داده شود
نیاز به معاینه پزشک دارد؟ بلی خیر

نام و امضاء کارشناس:

• نتیجه ارزیابی پزشک و پیگیری نهایی:

۱- سالم است و نیاز به پیگیری ندارد <input type="checkbox"/>
۲- تحت نظر متخصص است <input type="checkbox"/> به متخصص ارجاع داده شد <input type="checkbox"/> ذکر تشخیص: (* پرونده پیگیری تشکیل داده شود)
۳- نیازمند پیگیری مرکز بهداشت و درمان است. <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
۴- پرونده پزشکی تحت نظر تشکیل شد. <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر علت عدم تشکیل پرونده
علت تشکیل پرونده: <input type="checkbox"/> وجود بیماری مشخص <input type="checkbox"/> وجود شرایط ریسک بالا <input type="checkbox"/> جهت اقدامات تشخیصی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>

توضیحات

نام و امضاء پزشک: