



وزارت بهداشت، درمان و  
آموزش پزشکی

## فرم مراقبت از جوانان (19-29) سال

اطلاعات کلی	
کد ملی	
تاریخ تشکیل پرونده	

تکمیل این شناسنامه جنبه آشنایی با سوابق پزشکی شما را داشته و با توجه به محرمانه بودن اطلاعات آن، در راستای آرایه خدمات بهداشتی، درمانی به شما، مورد استفاده قرار خواهد گرفت. مطالعه و پاسخ دقیق به سوالات، ما را در این امر یاری می نماید. اینجانب متعهد می گردم در صورتی که بر اساس کتمان در پاسخگویی به سوالات، نقص یا خللی در فرآیند بررسی وضعیت سلامت ایجاد شود به نوعی که منجر به خسارت های جسمی، روحی یا معنوی در آینده گردد، پزشک معاینه کننده هیچگونه مسئولیتی برعهده نخواهد داشت.

نام و نام خانوادگی و امضاء فرد .....

### الف) مشخصات فردی (این قسمت توسط جوان تکمیل شود)

این قسمت توسط جوان تکمیل شود.	
1- نام و نام خانوادگی: .....	9- محل اقامت فعلی: خوابگاه <input type="checkbox"/> خانه دانشجویی <input type="checkbox"/> منزل <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
2- جنس: مونث <input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/>	10- تحت پوشش بیمه: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
3- دانشجو: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	11- سطح تحصیلات: بیسواد <input type="checkbox"/> ابتدایی <input type="checkbox"/> دیپلم <input type="checkbox"/> لیسانس <input type="checkbox"/> بالاتر از لیسانس <input type="checkbox"/>
4- محل تولد: .....	وضعیت اشتغال: شاغل <input type="checkbox"/> خانه دار <input type="checkbox"/> محصل <input type="checkbox"/> گروه خونی: .....
5- تاریخ تولد: .....	6- وضعیت تاهل: مجرد <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> متارکه <input type="checkbox"/> مطلقه <input type="checkbox"/> فوت همسر <input type="checkbox"/> دانشجو <input type="checkbox"/> از کار افتاده <input type="checkbox"/> بیکار <input type="checkbox"/>
7- در صورت تاهل تعداد فرزندان: .....	13- تلفن ثابت: ..... همراه: .....
8- 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"/>	14- آدرس ایمیل: .....
آدرس محل سکونت: .....	

### ب) سابقه بیماری در خانواده (منظور پدر و مادر، خواهر و برادر شما می باشد)

این قسمت توسط جوان تکمیل شود. لطفاً اگر فردی در خانواده شما سابقه مشکلات زیر را دارد "بلی، خیر یا نمی دانم" را در داخل <input type="checkbox"/> علامت ✓ بزنید.					
1- دیابت	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/>	6- سرطان	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/>	11- اختلالات روانپزشکی	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/>
2- سکته قلبی در کم تر از 55 سالگی	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/>	7- سل	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/>	12- در صورتی که سوال 8 مثبت است لطفاً نوع آن را مشخص فرمایید: .....	
3- سکته مغزی	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/>	8- هپاتیت	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/>	13- بیماری های تیروئید (گواتر، پرکاری و کم کاری)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/>
4- چربی خون بالا	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/>	9- ایدز	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/>	14- سابقه مصرف مواد دخانی	15- سابقه مصرف الکل
5- فشار خون بالا	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/>	10- اگر جواب سوال 6 مثبت است لطفاً نوع آن را شرح دهید: .....		16- سابقه مصرف سایر مواد:	سایر (توضیح دهید):
				بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/>	

ب) غربالگری سلامت روان (این قسمت توسط مراقب سلامت تکمیل شود)

چقدر در 30 روز گذشته احساس می کردید، مضطرب و عصبی هستید؟

1- همیشه ☐ 2- بیشتر اوقات ☐ 3- گاهی اوقات ☐ 4- بندرت ☐ 5- اصلا ☐

چقدر در 30 روز گذشته احساس ناامیدی می کردید؟

1- همیشه ☐ 2- بیشتر اوقات ☐ 3- گاهی اوقات ☐ 4- بندرت ☐ 5- اصلا ☐

چقدر در 30 روز گذشته احساس ناآرامی و بی قراری می کردید؟

1- همیشه ☐ 2- بیشتر اوقات ☐ 3- گاهی اوقات ☐ 4- بندرت ☐ 5- اصلا ☐

چقدر در 30 روز گذشته احساس افسردگی و غمگینی می کردید؟

1- همیشه ☐ 2- بیشتر اوقات ☐ 3- گاهی اوقات ☐ 4- بندرت ☐ 5- اصلا ☐

چقدر در 30 روز گذشته احساس می کردید که انجام دادن هر کاری برای شما خیلی سخت است؟

1- همیشه ☐ 2- بیشتر اوقات ☐ 3- گاهی اوقات ☐ 4- بندرت ☐ 5- اصلا ☐

چقدر در 30 روز گذشته احساس بی ارزشی می کردید؟

1- همیشه ☐ 2- بیشتر اوقات ☐ 3- گاهی اوقات ☐ 4- بندرت ☐ 5- اصلا ☐

ت) غربالگری سوءمصرف مواد (توسط مراقب سلامت تکمیل شود)

پرسش 3- در صورت پاسخ بله به مصرف هر یک از مواد در پرسش 1 و 2؛ آیا در سه ماه اخیر آن ماده را مصرف کرده اید؟

بله	خیر	بله	خیر	پرسش 1- در طول عمر خود، کدام یک از مواد زیر را تاکنون مصرف کرده اید؟ (فقط مصرف غیر پزشکی)
				الف- انواع تنباکو (سیگار، قلیان، ناس، غیره)
				ب- داروهای مسکن آپیوئیدی (ترامادول، کدئین، دیفنوکسیلات، غیره)
				ج- داروهای آرام بخش یا خواب آور (دیازپام، آلپرازولام، کلونازپام، فنوباریتال، غیره)
				د- نوشیدنی های الکلی (آبجو، شراب، غرق، غیره)
				پرسش 2- مواد دیگر چطور؟ (فقط مصرف غیر پزشکی)
				الف- مواد آفیونی غیرقانونی (تریاک، شیره، سوخته، هروین، کراک هروئین، غیره)
				ب- حشیش (سیگاری، گراس، بنگ، غیره)
				ج- محرک های آمفتامینی (شیشه، اکستازی، اِکس، ریتالین، غیره)
				د- سایر- مشخص کنید:

ث) غربالگری رفتارهای تغذیه ای (توسط مراقب سلامت)

بدون فعالیت بدنی هدفمند <input type="checkbox"/>	2- کمتر از یک ساعت و نیم در هفته <input type="checkbox"/>	یک ساعت و نیم در هفته یا بیشتر <input type="checkbox"/>	1- چه میزان فعالیت بدنی در هفته دارد؟ (حداقل فعالیت بدنی معادل با ۳۰ دقیقه با تواتر ۵ بار در هفته)
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 کردن) <input type="checkbox"/>	2- نوع روغن مصرفی عمدتاً از کدام نوع است؟
کمتر از 2 واحد <input type="checkbox"/>	2-4 واحد <input type="checkbox"/>	5 واحد یا بیشتر <input type="checkbox"/>	3- واحد مصرفی میوه و سبزی روزانه چقدر است؟
ماهی 3 بار یا بیشتر <input type="checkbox"/>	ماهی یکی دوبار <input type="checkbox"/>	هرگز <input type="checkbox"/>	4- مصرف فست فود و /یا نوشابه های گازدار چگونه است؟
کمتر از یک واحد <input type="checkbox"/>	1-2 واحد <input type="checkbox"/>	3 واحد یا بیشتر <input type="checkbox"/>	5- واحد مصرفی شیر و لبنیات روزانه چقدر است؟
همیشه <input type="checkbox"/>	گاهی <input type="checkbox"/>	هرگز <input type="checkbox"/>	6- آیا از نمکدان سر سفره استفاده می کند؟

ج) ارزیابی اولیه (این قسمت توسط مراقب سلامت تکمیل شود)									
عضو	اختلال دارد	اختلال ندارد	مشکوک	ارجاع	نتیجه ارجاع			توضیحات	پی گیری
					اختلال	بیماری	مشکوک		
قلب و عروق (فشار خون بالا)	سیستول								
	دیاستول								
وزن..... قد..... نمایه توده بدنی (BMI) .....	کمتر از 18/5								
	18/5 - 24/9								
	25 - 29/9								
	30 - 34/9								
	35 - 39/9								
	بیشتر از 40								
دهان و دندان									

چ) واکسیناسیون (این قسمت توسط مراقب سلامت تکمیل شود)	
واکسیناسیون فرد کامل است	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
واکسیناسیون فرد ناقص است	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
در صورتیکه واکسیناسیون فرد ناقص است آیا پی گیری یک ماه بعد به منظور تکمیل واکسیناسیون انجام شده است ؟	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
آیا واکسیناسیون هپاتیت B برای گروه های در معرض خطر انجام شده است؟	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر

ح) سابقه بیماری فردی ( در صورت سابقه ابتلا به هریک از موارد زیر، در داخل <input type="checkbox"/> علامت بزنید ) ( این قسمت توسط پزشک تکمیل شود)	
1- دارو	حساسیت به: پنی سیلین <input type="checkbox"/> آسپیرین <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> توضیح داده شود: .....
2- بیماری عفونی	سل <input type="checkbox"/> ایدز <input type="checkbox"/> هپاتیت (زردی) <input type="checkbox"/> مالاریا <input type="checkbox"/> سایر: توضیح داده شود.
3- 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"/>
4- ریه	آسم <input type="checkbox"/> آلرژی <input type="checkbox"/> عفونت ریه <input type="checkbox"/>
5- گوش و حلق و بینی	کاهش شنوایی <input type="checkbox"/> سینوزیت مزمن <input type="checkbox"/> حساسیت فصلی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
6- بیماری قلبی عروقی	فشارخون بالا <input type="checkbox"/> آریتمی ها <input type="checkbox"/> بیماری های مادرزادی قلب <input type="checkbox"/>
7- غدد و متابولیسم	چربی خون بالا <input type="checkbox"/> دیابت <input type="checkbox"/> پرکاری تیروئید <input type="checkbox"/> کم کاری تیروئید <input type="checkbox"/>
8- کلیه و دستگاه ادراری	پیلونفریت مزمن <input type="checkbox"/> عفونت ادراری <input type="checkbox"/>
9- اختلالات روانپزشکی تأیید شده	افسردگی <input type="checkbox"/> قصد یا اقدام به خودکشی <input type="checkbox"/> اختلال دوقطبی <input type="checkbox"/> پرخاشگری <input type="checkbox"/> اختلال اضطرابی <input type="checkbox"/> اختلال سایکوتیک <input type="checkbox"/> صرع <input type="checkbox"/> سایر .....
10- تناسلی	سوزاک <input type="checkbox"/> سفلیس <input type="checkbox"/> تب خال تناسلی <input type="checkbox"/> زخم و زگیل تناسلی <input type="checkbox"/>
11- 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"/>
12- سابقه مصرف	سیگار <input type="checkbox"/> قلیان <input type="checkbox"/> سایر مواد <input type="checkbox"/> توضیح دهید: .....
13- نقص عضو	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> توضیح دهید:
14- سوابق بیمارستانی	1- سابقه عمل جراحی: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> علت: .....
	2- سابقه بستری شدن: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> علت: .....
	3- سابقه تزریق خون: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> علت: .....
15- موارد دیگر	.....

خ) ارزیابی پزشکی			
این قسمت توسط پزشک تکمیل شود.			
معاینه و وضعیت عمومی	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 .....	
	معز 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 ادراری	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	دندان پوسیده دارد <input type="checkbox"/>	وضعیت لثه
دندان درد دارد <input type="checkbox"/>		نیاز به ارجاع فوری به دندانپزشک دارد <input type="checkbox"/>	

د) اظهار نظر پزشک عمومی	
این قسمت توسط پزشک تکمیل شود.	
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 قسمت توسط پزشک تکمیل شود.	
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					
این قسمت توسط پزشک تکمیل شود.					
تاریخ معاینه	نوع اختلال/ بیماری	تاریخ ارجاع	محل ارجاع	نتیجه ارجاع	توصیه ها