|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **arm**  دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان  معاونت بهداشت | فرم خلاصه معاینات دانشجویان جدیدالورود علوم پزشکی    شهرستان: ............. مرکز خدمات جامع سلامت :................ پایگاه سلامت /خانه بهداشت**........................** | | | | | | | | | | | | |  |  |
| **نام ......** **نام خانوادگي ..............** **نام پدر** **.........**  **شماره دانشجویی.......................... کد رهگیری سامانه سیب**: **........................** | | | | | | | | | | | | |
| **تاريخ تولد** …../ ......./ ....... | **كد ملي/ کد شناسه (اتباع خارجی)** |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **غربالگری سلامت غیر پزشک مبتنی برمراقبتهای دوره ای رده سنی جوان در سامانه سیب**  **🞎 مبتلا به اختلال/ بيماري نمي باشد.**    **🞎 مبتلا به اختلال/ بيماري مي باشد . نوع بیماری / اختلال :** | | | | | | | | | | | | | |
| **واکسن دوگانه (توام) بزرگسال: 🞎دریافت نکرده است .**  **🞎دریافت کرده است، تاریخ تلقیح:** | | | | | تاریخ، مهر و امضای مسئول  پایگاه سلامت جامعه/ خانه بهداشت | | | | | | | | |
| گزارش نهایی نتايج معاينات پزشک عمومی  **غربالگری سلامت پزشک مبتنی برمراقبتهای دوره ای رده سنی جوان در سامانه سیب**  **🞎 مبتلا به اختلال/ بيماري نمي باشد.**    **🞎 مبتلا به اختلال/ بيماري مي باشد . نوع بیماری / اختلال : 🞎 نیاز به ارجاع تخصصی ندارد. 🞎 نیاز به ارجاع تخصصی دارد.**  **داروهای مصرفی(بیش از 3 ماه):**  تاریخ، مهر و امضای پزشک | | | | | | | | | | | | | |