

سورة الرحمن



مجموعه جزوات پژوهش جهادی (۷)

فرم سلامت

به اهتمام: معاونت جهاد سازندگی سازمان بسیج دانشجویی
مرکز مطالعات و هدایت حرکت های جهادی

ناشر: مرکز اسناد و انتشارات سازمان بسیج دانشجویی

نوبت چاپ: اول - تابستان ۹۸

آدرس: تهران- خیابان طالقانی- تقاطع مفتح- مجتمع فرهنگی
سیزده آبان- مرکز اسناد و انتشارات سازمان بسیج دانشجویی

تلفن: ۰۹۱۹۳۳۷۲۱۸۴-۸۳۸۱۵۱۶

پست الکترونیک: bso.publication@gmail.com



فهرست

۵	فرم شرح حال گیری
۷	فرم پزشکی
۹	فرم دندان پزشکی
۱۰	فرم مامایی
۱۳	فرم بینایی سنجی
۱۴	فرم شنوایی سنجی
۱۶	فرم گفتار درمانی
۲۰	فرم فیزیوتراپی
۲۵	فرم کار درمانی





5

فرم سلامت

فرم شرح حال گیری

شماره پرونده:

تاریخ:

مشخصات

نام	نام خانوادگی	نام پدر	تاریخ تولد	تلفن	
کد ملی	تحت پوشش کمیته امداد یا بهزیستی	تاهل	نوع بیمه	نام روستا	
اطلاعات پایه	BS:	T:	RR:	PR:	
تاریخچه سلامت و بیماری	شکایت اصلی: سابقه بیماری: سابقه در خانواده: عادات و عوامل خطر:	نسبت فرد با بیمار:			
حساسیت‌ها	حساسیت دارویی: حساسیت غذایی:	نوع واکنش: نوع واکنش:			
ارزیابی سیستم‌ها	عصبی: تشنج ☐ کرختی و بی‌حسی ☐ عدم تعادل ☐ سرگیجه ☐ سردرد ☐ مردمک‌ها: قرینه ☐ قلبی و عروقی: نبض: سینوسی ☐ تاکی کاردی ☐ برادیکاردی ☐ سیانوز ☐ واریس ☐ ادم ☐ تنفس: آپنه ☐ دیس پنه ☐ هموپتزی ☐ اکسیژن تراپی ☐ سطحی ☐ سرفه ☐ خلط ☐ سیانوز ☐ سریع ☐ گوارش: رژیم غذایی خاص: اسهال ☐ یبوست ☐ استفراغ ☐ اختلال بلع ☐ تهوع ☐ نفخ ☐ ادراری تناسلی: درد بیضه ☐ هم‌اچوری ☐ عفونت ☐ تکرر ادرار ☐ سوزش ادرار ☐ الیگوری ☐ پلی اوری ☐ سایر سیستم‌ها:				

[illegible]



فرم پزشکی

شماره پرونده:

تاریخ:

مشخصات

- نام و نام خانوادگی:
- نام پدر:
- سن:
- تلفن:
- جنسیت:
- نام روستا:

※ بررسی وضعیت بیماری‌های مزمن

فشار خون: «با غربالگری از طریق کنترل و اندازه‌گیری فشار خون و جمعیت جوان و میان‌سال»

دیابت: «با غربالگری از طریق کنترل گلوکومتر و اندازه‌گیری قند خون رندم»

«در صورت نیاز، ارجاع به متخصص و ارائه برنامه تغذیه

علائم گوارشی: «بررسی علائم خطر (کاهش وزن، تب و تعریق شبانه، اسهال و استفراغ خونی)»

«در صورت نیاز، ارجاع به مراکز تخصصی و در غیر این صورت، درمان علامتی و ارائه مشاوره تغذیه

علائم موسکولواسکلتال: «بررسی وجود علائم خطر مثل خشکی صبحگاهی بیش از نیم ساعت، کاهش وزن و...»

«در صورت نیاز، ارجاع به مراکز تخصصی و در غیر این صورت، ارائه درمان تسکینی + Vit D و برنامه ورزش

* بررسی بیماری‌های عفونی کودکان

معاینه گوش و حلق:

سمع ریه:

درجه حرارت:

*در صورت نیاز، ارائه درمان

* بررسی بیماری‌های انگلی کودکان

شرح حال کاهش وزن:

خارش مقعد:

سایر موارد



فرم دندان پزشکی

شماره پرونده:

تاریخ:

مشخصات

- نام و نام خانوادگی:
 - نام پدر:
 - سن:
 - تلفن:
 - جنسیت:
 - نام روستا:
- * سابقه بیمار

بیماری‌های قلبی و عروقی:	فشار خون بالا:
بیماری‌های تنفسی:	بیماری‌های گوارشی:
دیابت یا قند خون:	بیماری‌های تیروئید:
بیماری‌های خونی:	هیپاتیت:
سابقه بستری در بیمارستان:	سابقه جراحی:
سابقه تزریق خون:	اعتیاد:
سابقه حساسیت:	سابقه تشنج:
سابقه شیمی درمانی:	سابقه پرتو درمانی:
در حال مصرف دارو:	

* معاینه بیمار

ترمیم	جراحی
جرم‌گیری	درمان ریشه

درمان انجام شده:

نام درمانگر:

فرم مامایی

شماره پرونده:

تاریخ:

مشخصات

- نام و نام خانوادگی:
- نام پدر:
- سن:
- تلفن:
- جنسیت:
- نام روستا:

- شکایت اصلی (CC):
- بیماری حاضر (PI):
- بیماری گذشته (PMH):
- جراحی قبلی (SH):
- داروهای مصرفی (DH):
- سابقه خانوادگی (FH):
- سابقه حساسیت (ALH):
- سابقه اجتماعی (SH):

* تاریخچه قاعدگی

سن منارک:	تعداد روزهای خونریزی:	طول مدت سیکل:
حجم و رنگ خونریزی:	منظم بودن:	وجود (menstruation intra IMB) یا عدم وجود (bleeding):
وجود دیسمنوره: (در صورت وجود آن، نوع اولیه و ثانویه بودن آن مشخص شود)		



* تاریخچه جنسی

سن ازدواج:	وجود دیسپارونیا:	ترشحات پدبو و پدرانگ:
وجود PCB:	وجود PCP:	روش جلوگیری و مدت استفاده از آن:
POST COITAL BLEEDING	POST COITAL PAIN	

* تاریخچه بارداری

G P Ab Lch Dch (همراه با توضیح)

مثال توضیحات :

وضعیت سلامت کودک در زمان حال/ وزن نوزاد/ جنسیت نوزاد/ زمان زایمان/ نوع زایمان/ سال زایمان: G1

G2 P1 Ab1 Lch1 Dch0

سال/ ۳۱۰۰/ پسر/ ترم/ سزارین به علت بریج/ پنج سال پیش: G1

G2: سقط/ سه سال پیش (D&C)

✱ در صورت بارداری بودن فرد

LMP:	GASTATIONAL AGE:	DRUGS:
------	------------------	--------

مشکلات شایع و علائم خطر:
سونوگرافی یا آزمایش در صورت به همراه داشتن:

اقدامات انجام شده:

تشخیص (DX):

درمان (PLAN):

(سن بالای 20: آموزش خودآزمایی پستان، آموزش های لازم بهداشتی و جنسی و بهداشت باروری به زنان سنین باروری)



فرم بینایی سنجی

تاریخ:

شماره پرونده:

مشخصات

- نام و نام خانوادگی:
- نام پدر:
- سن:
- تلفن:
- جنسیت:
- نام روستا:

C.C:

POH, FOH

PMH, FMH

VA sc	D	N	VA cc	D	N
OD			OD		
OS			OS		
OU			OU		

Cover test		EOM
OD		Pupil test
OS		Streopsis

Retinoscopy		Autorefraction	Cyclorefraction
OD			
OS			

Ophthalmoscopy	Red reflex	lens	C/D	Macula	Periphery
OD					
OS					

Final Rx	Add.	VA
----------	------	----

OD		
OS		

ارجاعات و توضیحات:

فرم شنوایی سنجی

شماره پرونده:

تاریخ:

شماره پرونده:

تاریخ:

مشخصات

• نام و نام خانوادگی:

• تلفن:

• نام پدر:

• جنسیت:

• سن:

• نام روستا:

فرم غربالگری شنوایی بزرگسالان:

❖ گوش راست:

توسکوپی: ☐ قبول ☐ ارجاع

تمپانومتري: ☐ قبول ☐ ارجاع

دیومتری: ☐ قبول ☐ ارجاع

Freq	۵۰۰	۱۰۰۰	۲۰۰۰	۳۰۰۰	۴۰۰۰	۶۰۰۰	۸۰۰۰
TH							

❖ گوش چپ:

توسکوپی: ☐ قبول ☐ ارجاع

تمپانومتري: ☐ قبول ☐ ارجاع

دیومتری: ☐ قبول ☐ ارجاع

Freq	۵۰۰	۱۰۰۰	۲۰۰۰	۳۰۰۰	۴۰۰۰	۶۰۰۰	۸۰۰۰
TH							

ارجاعات:

☐ متخصص اطفال ☐ متخصص مغز و اعصاب ☐ متخصص گوش و حلق و بینی

☐ مشاوره ☐ شنوایی شناسی ☐ گفتاردرمانی ☐ بهزیستی

☐ سایر متخصصین (ذکر تخصص مورد نیاز):

توضیحات:

فرم غربالگری شنوایی نوزادان:

نام نوزاد: نام مادر: تاریخ زایمان:

❖ گوش راست:

توسکوپی: ☐ قبول ☐ ارجاع
 OAE: ☐ قبول ☐ ارجاع
 ABR: ☐ قبول ☐ ارجاع
 تمپانومتري: ☐ قبول ☐ ارجاع

❖ گوش چپ:

توسکوپی: ☐ قبول ☐ ارجاع
 OAE: ☐ قبول ☐ ارجاع
 ABR: ☐ قبول ☐ ارجاع
 تمپانومتري: ☐ قبول ☐ ارجاع

• نیاز به تکرار آزمون OAE / ABR وجود دارد؟ ☐ بله ☐ خیر زمان تکرار آزمون:

ارجاعات:

☐ متخصص اطفال ☐ متخصص مغز و اعصاب ☐ متخصص گوش و حلق و بینی
☐ مشاوره ☐ شنوایی شناسی ☐ گفتاردرمانی ☐ بهزیستی ☐ مشاوره ژنتیک ☐ سایر متخصصین (ذکر تخصص مورد نیاز):

توضیحات:

فرم گفتار درمانی

تاریخ:

شماره پرونده:

مشخصات

- تلفن:
- جنسیت:
- نام روستا:

- نام و نام خانوادگی:
- نام پدر:
- سن:

۱. ارزیابی شناخت

۱. ارزیابی توجه و تمرکز

توجه به نام خود: دارد ☐ ندارد ☐

توجه به محیط و صداها: دارد ☐ ندارد ☐

۲. ارزیابی نقاشی و بازی

نحوه گرفتن مداد:

ترسیم آدمک و تحلیل آن:

استفاده از اسباب بازی:

تعامل با هم‌سن‌وسالان:

۳. ارزیابی ادراکات بینایی

تکلیف مکعب‌ها (هم‌رنگ): دو تایی ☐ سه تایی ☐

تکلیف مکعب‌ها (ناهم‌رنگ):

حافظه بینایی: دو آیتمی ☐ سه آیتمی ☐



۴. ارزیابی ادراکات شنیداری

تشخیص شنیداری: دارد ☐ ندارد (کم/ زیاد) ☐

تمیز شنیداری: دارد ☐ ندارد ☐

حافظه شنیداری: دارد ☐ ندارد ☐

۵. ارزیابی ادراکات لامسه

تشخیص اجسام با چشم بسته: دارد ☐ ندارد ☐

استریو گنوز: دارد ☐ ندارد ☐

۶. ارزیابی مفاهیم

جور کردن:

طبقه بندی:

اندازه ها:

تعداد:

مکان:

زمان:

۷. ارزیابی گفتار

• درک گفتار: کلمه ☐ جمله ☐ گفته ☐ ندارد ☐

• تولید گفتار: تک کلمه ☐ دو کلمه ☐ سه کلمه ☐ چهار کلمه ☐ گفتار پیوسته ☐ ندارد ☐

• تشدید: هایپو ☐ هیپو ☐ ندارد ☐

• تنفس: نوای گفتار طبیعی ☐ نوای گفتار غیرطبیعی ☐

بلندی طبیعی ☐ بلندی غیرطبیعی ☐

زیر و بمی طبیعی ☐ زیر و بمی غیرطبیعی ☐

۸. ارزیابی زبان

• آواشناسی: درک..... بیان.....

• معاناشناسی: درک..... بیان.....

• نحو: درک..... بیان.....

• کاربردشناسی: تماس چشمی ☐ نوبت‌گیری ☐ شروع و حفظ مکالمه ☐ ندارد ☐

۹. ارزیابی دهان و دندان

• قرینه‌بودن اجزای صورت: دارد ☐ ندارد ☐

• شل‌بودن عضلات: دارد ☐ ندارد ☐

• صورت ماسکی: دارد ☐ ندارد ☐

• توانایی غنچه‌کردن لب‌ها: دارد ☐ ندارد ☐

• توانایی حرکت زبان در جهات مختلف: دارد ☐ ندارد ☐



۱. دیادو غیرکلامی: دارد ☐ ندارد ☐
۲. توانایی بادکردن لپ‌ها: دارد ☐ ندارد ☐
۳. بلع مایعات: دارد ☐ ندارد ☐
۴. بلع جامدات: دارد ☐ ندارد ☐
۵. رفلکس gag: دارد ☐ ندارد ☐
۶. شکاف کام: دارد ☐ ندارد ☐
۷. شکاف لب: دارد ☐ ندارد ☐
۸. بزرگی زبان: دارد ☐ ندارد ☐
۹. کوچکی زبان: دارد ☐ ندارد ☐
۱۰. کفایت بند زیر زبانی: دارد ☐ ندارد ☐
۱۱. وجود آنومالی در دندان‌ها: دارد ☐ ندارد ☐
۱۲. بزرگ بودن لوزه‌ها: دارد ☐ ندارد ☐

توضیحات:

فرم فیزیوتراپی

تاریخ:

شماره پرونده:

مشخصات

- تلفن:
- جنسیت:
- نام روستا:

- نام و نام خانوادگی:
- نام پدر:
- سن:

❖ MUSCULOSKELETAL SYSTEM:

:History & C.C

Gait:

Rickets: ☐

✓ Spinal column:

Lumbar:

Thoracic:

Cervical:

توضیحات و سایر موارد:

✓ winging of the scapula: L: IA□□/MB□□/SMB□□ R: IA□□/MB□□/SMB□□

توضیحات و سایر موارد:

✓ Sacroiliac:

ASIS vs ASIS:

PSIS vs PSIS:



ASIS vs PSIS:

➤ Lower extremity length: L cm / R cm

Gillet's test:

توضیحات و سایر موارد:

✓ Hip:

Intoeing: ☐ → Foot ☐ / Knee ☐ / Hip ☐ / Degree

Craig test: Anteversion ☐ / Retroversion ☐

توضیحات و سایر موارد:

✓ Knee:

➤ Q angle: Degree → Normal ☐ / Genu varum ☐ / Genu valgum ☐

توضیحات و سایر موارد:

✓ Ankle & foot: FPI-6:

FACTOR		PLANE	SCORE	
			Left -2 to +2	Right -2 to +2
Rearfoot	Talar head palpation	Transverse		
	Curves above and below the lateral malleolus	Frontal/ transverse		
	Inversion/eversion of the calcaneus	Frontal		
Forefoot	Prominence in the region of the TNJ	Transverse		
	Congruence of the medial longitudinal arch	Sagittal		
	Abd/adduction forefoot on rearfoot	Transverse		
TOTAL				

Normal: 0 to +5

Pronated: +6 to +9

Highly Pronated: +10

Supinated: -1 to -4

Highly Supinated: -5 to -12

توضیحات و سایر موارد:

➤ سایر موارد سیستم عضلانی_اسکلتی:

❖ PULMONARY SYSTEM:

❖ NEUROLOGICAL SYSTEM:

ارجاعات و توضیحات:

غربالگری فیزیوتراپی کودکان زیر سه سال و استثنائی:

❖ MUSCULOSKELETAL SYSTEM:

:History & C.C

Lower extremity length: R cm / L cm

✓ Hip:

Barlow test:

Ortolani test:

توضیحات و سایر موارد:

✓ Torticollis:

توضیحات:

➤ سایر موارد:

❖ PULMONARY SYSTEM:

❖ NEUROLOGICAL SYSTEM:



Neurodevelopment	To (Month)	impaired
SPINAL LEVEL		
Flexor Withdrawal	+ ~ 2	
Extensor Thrust	+ ~ 2	
Crossed Extension 1 (Flexion & Extension)	+ ~ 2	
Crossed Extension 2 (Adduction)	+ ~ 2	
Palmar Grasp	+ ~ 4	
Plantar Grasp	+ ~ 2,9	
BRAINSTEM LEVEL		
Asymmetrical Tonic Neck Reflex	4 ~ 6	
Symmetrical Tonic Neck Reflex	4 ~ 6	
Tonic Labyrinthine Reflex	+ ~ 4	
Positive Supporting	3 ~ 8	
Negative Supporting	8 ~ x	
MIDBRAIN LEVEL		
Neck Righting	+ ~ 6	
Body Righting Acting on the Body	6 ~ x	
Labyrinthine Righting Acting on the Head 1 (Prone)	1,2 ~ x	
Labyrinthine Righting Acting on the Head 2 (Supine)	6 ~ x	
Labyrinthine Righting Acting on the Head 3 (Right)	6,8 ~ x	
Labyrinthine Righting Acting on the Head 4 (Left)	6,8 ~ x	
Optical Righting Acting on the Head 1 (Prone)	1,2 ~ x	
Optical Righting Acting on the Head 2 (Supine)	6 ~ x	
Optical Righting Acting on the Head 3 (Right)	6,8 ~ x	
Optical Righting Acting on the Head 4 (Left)	6,8 ~ x	
Amphibian Reaction	6 ~ x	
Moro Reflex	+ ~ 4	
Landau Reflex	6 ~ 2,2,5	
Protective Extensor Thrust (Parachute Reaction)	6 ~ x	
Startle	+ ~ 5	

Galant	+ ~ 2	
CORTICAL LEVEL		
Supine	6 ~ x	
Prone	6 ~ x	
Four-Foot Kneeling	8 ~ x	
Sitting	10,12 ~ x	
Kneel-Standing	15,18 ~ x	
Standing-Hopping 1 (Left or Right)	15,18 ~ x	
Standing-Hopping 2 (Forward)	15,18 ~ x	
Standing-Hopping 3 (Backward)	15,18 ~ x	
Dorsiflexion	15,18 ~ x	
See-Saw	15 ~ x	
Simian Position	15,18 ~ x	

ارجاعات و توضیحات:

فرم کار درمانی

شماره پرونده:

تاریخ:

- نام و نام خانوادگی:
- نام پدر:
- سن:
- تلفن:
- جنسیت:
- نام روستا:

غریبالگری عملکرد پردازش حسی کودکان 6 تا 12 سال

حس	علائم	+
شنوایی	به صداهای بلند و غیرمنتظره به طور متنی پاسخ می دهد.	
	دست های را بر روی گوش های قرار می دهد.	
	در محیط پرسرو صدا و شلوغ نمی تواند راه برود.	
	در یک محیط پر از محرک، فراموشکار و بی توجه به نظر می رسد.	
بینایی	ترجیح می دهد در تاریکی بماند.	
	تمایلی به بالا و پایین رفتن از پله ها ندارد.	
	از چراغ ها و نورهای بسیار روشن اجتناب می کند.	
	به اشیا و افراد، بسیار خیره و با دقت نگاه می کند.	
وضعیت بدنی	از تماس چشمی پرهیز می کند.	
	به طور مداوم وضعیت بدنی خود را تغییر می دهد و آرام و قرار ندارد.	
	به سایر افراد و اشیا آویزان می شود.	
	به نظر می رسد که دچار ضعف عضلانی است؛ به آسانی و به سرعت خسته می شود.	
	سطح تحمل عضلانی بسیار پایینی دارد.	
	روی انگشتان پایش راه می رود.	

حس	علائم	+
حرکت	به محض این که پاهایش از روی زمین برداشته می شود، دچار اضطراب می شود.	
	از بالا و پایین پریدن اجتناب می کند.	
	از بازی در محوطه زمین ورزش اجتناب می کند.	
	وول خوردن مداوم و عدم توانایی حفظ یک وضعیت بدنی موجب بروز اختلال در انجام امور روزمره اش می شود.	
	در هنگام بازی، دست به کارهای پرخطر می زند و هیچ گونه توجهی به هشدارهای ایمنی ندارد.	
لمس	از انجام بازی و درست کردن کاردستی با چسب، شن و کشیدن نقاشی با نوک انگشتان اجتناب می کند.	
	به بافت های خاص نظیر (پارچه، لباس، ملحفه ها) حساس است.	
	افراد و اشیاء را به گونه ای لمس می کند که موجب آزار و اذیت آنها می شود.	
توجه، رفتار و مهارت های اجتماعی	به درد و دمای محیط واکنش مناسبی نشان نمی دهد. (معمولاً واکنش پایین تر از سطح هنجار است.)	
	مضطرب به نظر می رسد.	
	به نظر می رسد که همیشه در معرض آسیب و سانحه است.	
	در دوست یابی مشکل دارد و نمی تواند هیجانانش را به درستی بیان کند.	
	به طور مداوم از یک فعالیت به فعالیت دیگر مشغول می شود و بازی هایش را تغییر می دهد.	
	در توجه کردن به طور طولانی و پایدار مشکل دارد.	

ارجاعات و توضیحات:

یادداشت

[illegible]



A series of horizontal dotted lines for writing, consisting of 12 lines.