



جمهوری اسلامی ایران

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت بهداشتی، دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

وزارت آموزش و پرورش

معاونت تربیت بدنی و سلامت

پرونده سلامت مدرسه

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شبکه بهداشت و درمان / مرکز بهداشت شهرستان

مرکز سلامت جامعه شهری / روستایی: مرکز جامع خدمات سلامت شهری پایگاه سلامت جامعه خانه بهداشت روستا آدرس و شماره تلفن پایگاه سلامت جامعه / خانه بهداشت که مدرسه

تحت پوشش آن است:

اداره کل آموزش و پرورش استان منطقه / ناحیه شهرستان

نام مجتمع آموزشی پرورشی: نام مدرسه: کد اشنانه مدرسه (آموزش و پرورش):

مدرسه: دخترانه پسرانه مختلط
نوع مدرسه: روزانه شبانه شبانه روزی

دوره تحصیلی: دوره اول ابتدایی دوره دوم ابتدایی دوره اول متوسطه دوره دوم متوسطه

تلفن و نشانی مدرسه:

تاریخ تکمیل پرونده: روز..... ماه..... سال.....

۱/ مشخصات کلی مدرسه/هماهنگی و برنامه ریزی فعالیت ها

۱/۱- فرم ثبت اطلاعات عمومی و پایه مدرسه

مشخصات اداری و ساختمانی	* نام مدرسه: کد/ شناسه مدرسه: <input type="checkbox"/> مدرسه مروج سلامت
	* <input type="checkbox"/> پسرانه <input type="checkbox"/> دخترانه <input type="checkbox"/> مختلط
	* <input type="checkbox"/> دوره تحصیلی: دوره اول ابتدایی <input type="checkbox"/> دوره دوم ابتدایی <input type="checkbox"/> دوره اول متوسطه <input type="checkbox"/> دوره دوم متوسطه
	* تعداد کل دانش آموزان: * تعداد دانش آموزان شیفت غالب مدرسه: * تعداد دانش آموزان عشایر:
	* تعداد طبقات مدرسه با احتساب طبقه همکف: <input type="checkbox"/> زیر زمین جزو فضای آموزشی محسوب می شود * تعداد کل کلاس های درس: * حداکثر تعداد دانش آموزان کلاس:
	* نوع مدرسه: <input type="checkbox"/> روزانه <input type="checkbox"/> شبانه <input type="checkbox"/> شبانه روزی <input type="checkbox"/> استثنایی <input type="checkbox"/> عشایری <input type="checkbox"/> هنرستان فنی و حرفه ای <input type="checkbox"/> مجتمع آموزشی
	* نوع ساختمان مدرسه: <input type="checkbox"/> نوساز <input type="checkbox"/> قدیمی <input type="checkbox"/> مقاوم سازی در مقابل زلزله <input type="checkbox"/> چادر <input type="checkbox"/> کپر <input type="checkbox"/> خشت و گل <input type="checkbox"/> کانتینر <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نام):
	* نوع مالکیت مدرسه: <input type="checkbox"/> دولتی <input type="checkbox"/> استیجاری (دولتی) <input type="checkbox"/> غیر انتفاعی <input type="checkbox"/> خیر ساز <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نام)
	* سیستم حرارتی مدرسه: <input type="checkbox"/> بخاری گازی <input type="checkbox"/> بخاری نفتی <input type="checkbox"/> شوفاژ <input type="checkbox"/> سایر..... <input type="checkbox"/> ندارد * سیستم برودتی مدرسه: <input type="checkbox"/> کولر گازی <input type="checkbox"/> کولر آبی <input type="checkbox"/> پنکه <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> ندارد
	* سیستم گرمایی و برق مدرسه توسط متخصصان آتش نشانی و برق: <input type="checkbox"/> کنترل می شود <input type="checkbox"/> کنترل نمی شود فضای کلاس ها متناسب با تعداد دانش آموزان می باشد <input type="checkbox"/> نمی باشد. <input type="checkbox"/> شبکه آبرسانی دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> سیستم جمع آوری فاضلاب دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> تهویه کلاس ها مناسب هست <input type="checkbox"/> نیست <input type="checkbox"/> نور کلاس ها مناسب هست <input type="checkbox"/> نیست <input type="checkbox"/>

خدمات بهداشتی مدرسه	<p>* پایگاه تغذیه سالم استاندارد^۱: <input type="checkbox"/> دارد: (<input type="checkbox"/> با مجوز <input type="checkbox"/> بدون مجوز) <input type="checkbox"/> ندارد</p> <p>* اتاق بهداشت استاندارد^۲: <input type="checkbox"/> دارد (<input type="checkbox"/> مستقلاً تجهیزات کامل <input type="checkbox"/> مستقل با تجهیزات ناقص <input type="checkbox"/> مشترک با تجهیزات کامل <input type="checkbox"/> مشترک با تجهیزات ناقص) <input type="checkbox"/> ندارد</p> <p>* آیا خدمات سلامت روان و مشاوره ای^۳ در مدرسه طبق دستورالعمل اجرا می گردد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>* آیا خدمات پایگاه تغذیه سالم^۴ در مدرسه طبق دستورالعمل اجرا می گردد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>* زمان متوسط فعالیت بدنی دانش آموزان در مدرسه در روز (با احتساب زنگ ورزش و زنگ تفریح بر اساس برنامه درسی دانش آموز) چقدر است؟ <input type="checkbox"/> کم تر از نیم ساعت <input type="checkbox"/> نیم تا یک ساعت <input type="checkbox"/> بیش تر از یک ساعت</p> <p>بران سلامت دانش آموزیدر مدرسه^۵: <input type="checkbox"/> دارد (<input type="checkbox"/> یک نفر در هر کلاس) <input type="checkbox"/> ندارد</p>
نیروی انسانی مدرسه	<p>* نام و نام خانوادگی مدیر مدرسه: رشته و مدرک تحصیلی تلفن همراه:</p> <p>* مراقب سلامت مدرسه: <input type="checkbox"/> دارد: نام و نام خانوادگی: رشته و مدرک تحصیلی <input type="checkbox"/> ندارد</p> <p>* در صورتی که مراقب سلامت مدرسه ندارد، معلم رابط بهداشت: <input type="checkbox"/> دارد: نام و نام خانوادگی: رشته و مدرک تحصیلی <input type="checkbox"/> ندارد</p> <p>* مربی ورزش: <input type="checkbox"/> دارد: نام و نام خانوادگی: رشته و مدرک تحصیلی <input type="checkbox"/> ندارد</p> <p>* خدمتگزار: <input type="checkbox"/> دارد: نام و نام خانوادگی: ندارد گواهی دوره بهداشت: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد</p> <p>* خدمتگزار: <input type="checkbox"/> دارد: نام و نام خانوادگی: ندارد گواهی دوره بهداشت: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد</p> <p>* خدمتگزار: <input type="checkbox"/> دارد: نام و نام خانوادگی: ندارد گواهی دوره بهداشت: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد</p>
شورای ارتقا سلامت مدرسه	<p>* نام و نام خانوادگی اعضاء شورای سلامت مدرسه: مدیر مدرسه (رئیس) : مراقب سلامت مدرسه / رابط بهداشت مدرسه (دبیر):</p> <p>مراقب سلامت پایگاه سلامت / بهورز ذریبٹ مدرسه: نماینده دانش آموزان / شورای دانش آموزی: نماینده معلمان:</p> <p>نماینده انجمن اولیاء مربیان: مسئول بوفه: نماینده شورای محلی: مراقب سلامت پایگاه:</p>

۵، ۴، ۳، ۲، ۱ شماره ضمايم مطابق ۵، ۴، ۳، ۲، ۱ در راهنمای تکمیل پرونده سلامت مدرسه

۳/ مراقبت ویژه

فرم ثبت، پیگیری و مراقبت دانش آموزان بیمار نیازمند مراقبت ویژه* مدرسه.....

شماره تلفن جهت پیگیری	سیر پیگیری و مراقبت های بهداشتی درمانی به عمل آمده	آموزش و مشاوره با			نام دارو / داروهای مصرفی	نوع اختلال	کد ملی	نام و نام خانوادگی	پایه تحصیلی	ردیف
		اولیای دانش آموز	اولیای مدرسه	دانش آموز						

۳/ فرم ثبت، پیگیری و مراقبت دانش آموزان نیازمند مراقبت ویژه* مدرسه..... در طول سال تحصیلی.....

۹	نام و نام خانوادگی	کد ملی	N	نوع	نام دارو / داروهای مصرفی	آموزش و مشاوره با	سیر پیگیری و مراقبت های بهداشتی درمانی به عمل آمده	شماره تلفن
---	--------------------	--------	---	-----	--------------------------	-------------------	--	------------

جهت پیگیری		اولیای دانش آموز	اولیای مدرسه	دانش آموز		اختلال				
نام و نام خانوادگی / مهر و امضای مدیر مدرسه:										

* دانش آموز نیازمند مراقبت ویژه، دانش آموزی است که پزشک یکی از اختلالات (دیابت، صرع، بیماری های قلبی عروقی، آسم، هموفیلی، تالاسمی، سرطان G6PD، PKU و اختلال روانپزشکی را برای وی تأیید نموده است.

۴/ سوانح و حوادث

فرم ثبت و پیگیری موارد سوانح و حوادث در مدرسه.....

نام و نام خانوادگی / مهر و امضای مسئول پیگیری کننده (مدیر مدرسه)	اقدامات به عمل آمده				نتیجه حادثه			شرح حادثه*								محل حادثه	پایه تحصیلی	کد ملی	نام و نام خانوادگی	تاریخ مراجعه / اعلام / پیگیری						
	سایر اقدامات (با ذکر مورد)	نتیجه ارجاع		درمان سرپایی	فوت	نقص عضو	غیبت بیش از دو هفته	نوع آسیب				نوع حادثه								روز	ماه	سال				
		تخت درمان	بستری					انجام اقدامات اولیه	تصادفات نقیبه ^۴	سقوط از بلندی ^۳	ضربه با شی ^۲	افتادن یا لیز خوردن از سطوح غیر بلندا ^۱	آسیب های عمدی ^۸	زخم ها و جراحات ^۷	آسیب های سرمای ^۶								سوختگی ها ^۵	سقوط از بلندی ^۳	ضربه با شی ^۲	افتادن یا لیز خوردن از سطوح غیر بلندا ^۱
														داخل مدرسه												
														بین خانه و مدرسه												
														داخل مدرسه												
														بین خانه و مدرسه												
														داخل مدرسه												
														بین خانه و مدرسه												
														داخل مدرسه												
														بین خانه و مدرسه												
														داخل مدرسه												
														بین خانه و مدرسه												
														داخل مدرسه												
														بین خانه و مدرسه												
														داخل مدرسه												
														بین خانه و مدرسه												
														داخل مدرسه												
														بین خانه و مدرسه												

