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:** ..... ☐ **مدرسه مروج سلامت**
* ☐ پسرانه ☐ دخترانه ☐ مختلط تعداد شیفت(نوبت تحصیل) در یک شبانه روز: ..... * **مساحت مدرسه به متر مربع:** .....
* **دوره تحصیلی :** ☐ دوره اول ابتدایی ☐ دوره دوم ابتدایی ☐ دوره اول متوسطه ☐ دوره دوم متوسطه
* **تعداد کل دانش آموزان:** ..... * تعداد دانش آموزان شیفت غالب مدرسه: ..... * تعداد دانش آموزان عشایر: .....
* **تعداد طبقات مدرسه** با احتساب طبقه همکف: ..... ☐ زیر زمین جزو فضای آموزشی محسوب می شود * **تعداد کل کلاس های درس:** ..... * **حداکثر تعداد دانش آموزان کلاس:** .....
* **نوع مدرسه:** ☐ روزانه ☐ شبانه ☐ شبانه روزی ☐ استثنایی ☐ عشایری ☐ هنرستان فنی و حرفه ای ☐ مجتمع آموزشی
* **نوع ساختمان مدرسه:** ☐ نوساز ☐ قدیمی ☐ مقاوم سازی در مقابل زلزله ☐ چادر ☐ کپر ☐ خشت و گل ☐ کانتینر ☐ سایر (با ذکر نام): .....
* **نوع مالکیت مدرسه:** ☐ دولتی ☐ استیجاری (دولتی) ☐ غیر انتفاعی ☐ خیر ساز ☐ سایر(با ذکر نام) .....
* **سیستم حرارتی مدرسه:** ☐ بخاری گازی ☐ بخاری نفتی ☐ شوفاژ ☐ سایر..... ☐ ندارد * **سیستم برودتی مدرسه:** ☐ کولر گازی ☐ کولر آبی ☐ پنکه ☐ سایر ..... ☐ ندارد
* **سیستم گرمایی و برق مدرسه توسط متخصصان آتش نشانی و برق:** ☐ کنترل می شود ☐ کنترل نمی شود

تسهیلات بهداشتی مدرسه

* **پایگاه تغذیه سالم:** ☐ دارد: (☐ با مجوز ☐ بدون مجوز) ☐ ندارد * **اتاق بهداشت:** ☐ دارد با تجهیزات کامل ☐ دارد با تجهیزات ناقص ☐ مشترک است ☐ ندارد
* **آیا خدمات سلامت روان و مشاوره ای در مدرسه طبق دستورالعمل اجرا می گردد؟** ☐ بلی ☐ خیر
* **آیا خدمات پایگاه تغذیه سالم در مدرسه طبق دستورالعمل اجرا می گردد؟** ☐ بلی ☐ خیر
* **زمان متوسط فعالیت ورزشی دانش آموزان در مدرسه در روز (با احتساب زنگ ورزش و زنگ تفریح) چقدر است؟** ☐ کم تر از نیم ساعت ☐ نیم تا یک ساعت ☐ بیش تر از یک ساعت
* **تشکل های بهداشتی سازمان یافته فعال در مدرسه:** ☐ بهداشتیاران ☐پیشگامان سلامت ☐ مروجین سلامت ☐ سفیران سلامت سایر .....

عوامل انسانی مدرسه

* **نام و نام خانوادگی مدیر مدرسه:** ..... رشته و مدرک تحصیلی ..... تلفن همراه: .....
* **مراقب سلامت:** ☐ ندارد ☐ دارد: نام و نام خانوادگی: ..... رشته و مدرک تحصیلی .....
* **معلم رابط بهداشت:** ☐ ندارد ☐ دارد: نام و نام خانوادگی: ..... رشته و مدرک تحصیلی .....
* **مشاور:** ☐ ندارد ☐ دارد: نام و نام خانوادگی: ..... رشته و مدرک تحصیلی .....
* **مربی ورزش:** ☐ ندارد ☐ دارد: نام و نام خانوادگی: ..... رشته و مدرک تحصیلی .....
* **مربی پرورشی:** ☐ ندارد ☐ دارد: نام و نام خانوادگی: ..... رشته و مدرک تحصیلی .....
* **خدمتگذار:** ☐ ندارد ☐ دارد: نام و نام خانوادگی: ..... گواهی دوره بهداشت: ☐ دارد ☐ ندارد

تیم سلامت مدرسه

* **نام و نام خانوادگی پزشک رابط مرکز بهداشتی درمانی/ پایگاه بهداشت/ خانه بهداشت/ مرکز سلامت جامعه/ پایگاه سلامت جامعه ذیربط مدرسه:** .....
* **نام و نام خانوادگی کاردان/کارشناس بهداشت محیط مرکز بهداشتی درمانی/ مرکز سلامت جامعه ذیربط مدرسه:** .....
* **نام و نام خانوادگی بهورز/کاردان/کارشناس خانه بهداشت/ پایگاه بهداشت/مرکز بهداشتی درمانی/ پایگاه سلامت جامعه/ مرکز سلامت جامعه ذیربط مدرسه:** .....

۱/۲– فرم ثبت اطلاعات جمعیتی دانش آموزان مدرسه ..... در سال تحصیلی .....

	دوره ، پایه تحصیلی / جنس	دوره اول ابتدایی			دوره دوم ابتدایی			دوره متوسطه اول			دوره متوسطه دوم			کل
		اول	دوم	سوم	چهارم	پنجم	ششم	هفتم	هشتم	نهم	دهم	یازدهم	دوازدهم	
ایرانی	دختر													
	پسر													
	کل													
غیر ایرانی	دختر													
	پسر													
	کل													
جمع کل														

سال تحصیلی .....

	دوره ، پایه تحصیلی / جنس	دوره اول ابتدایی			دوره دوم ابتدایی			دوره متوسطه اول			دوره متوسطه دوم			کل
		اول	دوم	سوم	چهارم	پنجم	ششم	هفتم	هشتم	نهم	دهم	یازدهم	دوازدهم	
ایرانی	دختر													
	پسر													
	کل													
غیر ایرانی	دختر													
	پسر													
	کل													
جمع کل														

۱/۳– فرم ثبت فعالیت های کمیته ارتقای سلامت مدرسه ..... (هماهنگی و برنامه ریزی فعالیت ها) در سال تحصیلی .....

صورتجلسه کمیته ارتقای سلامت مدرسه

تاریخ جلسه: ..... ساعت جلسه: ..... مسئول جلسه: .....

الف– پیگیری مصوبات قبل /دستور جلسه

.....

.....

.....

.....

.....

ب– مصوبات جلسه:

شرح مصوبه	مسئول پیگیری/ اجراکننده	زمان انجام

ج– حاضرین در جلسه:

نام و نام خانوادگی	سمت	امضا	نام و نام خانوادگی	سمت	امضا	مهر و امضای مدیر مدرسه

۲/خدمات آموزشی و مروج سلامت

۲/۱– فرم ثبت فعالیت های آموزش سلامت در مدرسه .....

تاریخ آموزش	موضوع آموزش	گروه هدف				تعداد شرکت کننده	مدت آموزش به دقیقه	مداخلات و روش های آموزشی										شیوه آموزش	وسایل کمک آموزش	رسانه های آموزشی (تعداد)							نتیجه پیش آزمون	نتیجه پس آزمون	نام و نام خانوادگی ، سمت و امضای مسئول برنامه
		والدین	کارکنان		دانش آموزان			بسیج اطلاع رسانی	آموزش چهره به چهره/مشاوره	آموزش گروهی			برپائی نمایشگاه	برگزاری مسابقه			سایر (با ذکر نام)			پوستر	پمفلت	فیلم/ سی دی	روزنامه دیواری	کتاب/کتابچه	پلاکارد/بنر	سایر(با ذکر نام)			
			کادر آموزشی	کادر پشتیبان*						جلسه / کلاس	کارگاه	همایش		ورزشی	هنری	فرهنگی													

* کادر پشتیبان: کادر خدمات، مسئول پایگاه تغذیه، رانندگان سرویس و .....

۳/۱/۱– فرم ثبت نتایج ارزیابی مقدماتی دانش آموزان مدرسه ..... توسط کارکنان بهداشتی و مراقبین سلامت

ردیف	پایه تحصیلی	تاریخ انجام معاینات	جنس	تعداد تحت پوشش	تعداد معاینه شده	قد به سن (z-score)			(BMI) نمایه توده بدنی (z-score)				اختلال بینایی (کاهش دید)		اختلال شنوایی		اختلال گفتاری	اوتیسم	پوست و مو			دهان و دندان (تعداد افراد دارای)			
						زیر ۳– (کوتاه قدی شدید)	بالای ۳+ (بلند قدی شدید)	بین ۲– و ۳– (کوتاه قدی)	زیر ۳– (لاغری شدید)	بین ۲– و ۳– (لاغر)	بین ۱ و ۲ (اضافه وزن)	بالای ۲ (چاق)	دارد	مشکوک	دارد	مشکوک			پدیکلوزیس سر	کال	مشکوک	دندان پوسیده	لثه ملتهب	مشکوک	مجموعه دندانی سالم

۳/۱/۲– فرم ثبت نتایج ارزیابی مقدماتی دانش آموزان مدرسه ..... توسط کارکنان بهداشتی و مراقبین سلامت

ردیف	پایه تحصیلی	ریــه		فشار خون		سلامت روان				سلامت اجتماعی						رفتارهای پرخطر								
		احتمال ابتلا به آسم	احتمال ابتلا به سل	مساوی صدک ۹۰ تا صدک ۹۵	صدک ۹۵ یا بالاتر	مشکل در حوزه سلامت روان	احتمال اورژانس روانپزشکی	احتمال ابتلا به صرع	احتمال تشخیص معلولیت ذهنی	کودک آزاری	شاهد خشونت خانگی	خانواده آسیب پذیر	بازمانده از تحصیل	خشونت خانگی(همسر آزاری)	طلاق/جدایی/فوت	تغذیه نامناسب	کم تحرکی	در معرض خطر شروع مصرف مواد دخانی	مصرف مواد دخانی و در خطر بیماری های ناشی از آن	دارای اختلال مصرف مواد	اورژانس الفا شده توسط مواد	تشخیص قبلی اختلال مصرف مواد تحت درمان	در معرض خطر سوء مصرف مواد	رفتار جنسی ناایمن

۳/۱/۳– فرم ثبت نتایج ارزیابی مقدماتی دانش آموزان مدرسه ..... توسط کارکنان بهداشتی و مراقبین سلامت

ردیف	پایه تحصیلی	ابتلا به بیماری های نیازمند مراقبت ویژه																		موارد ارجاعی (تعداد موارد)		
		دیابت	صرع	بیماری قلبی عروقی	آسم	سل	آلرژی	هموفیلی	تالاسمی	سرطان	کمبود G6PD	اختلال روانپزشکی	سایر(با ذکر نام)				ارجاع شده	دارای جواب	بدون جواب
													.....	.....	.....	.....			

۳/۲– فرم ثبت و پیگیری موارد ارجاعی ارزیابی مقدماتی و پزشکی دانش آموزان مدرسه ..... توسط کارکنان بهداشتی و مراقبین سلامت

ردیف	نام و نام خانوادگی	پایه تحصیلی	نوع اختلال	تاریخ ارجاع	تاریخ پیگیری	پیگیری و مراقبت های بهداشتی درمانی														
						نتیجه ارجاع			اقدامات به عمل آمده									خدمات حمایتی		
						تایید اختلال	رد اختلال	بدون جواب	درخواست آزمایش	درمان سرپایی (ذکر نوع درمان)	ارجاع تخصصی	آموزش/ توصیه/ مشاوره با			سایر اقدامات (ذکر شود)	تاریخ پیگیری بعدی	عینک	سمعک	سایر (با ذکر نام)
												دانش آموز	اولیای مدرسه	اولیای دانش آموز					

۴/معاینات غربالگری و مراقبت های پزشکی

۴/۱/۱– فرم ثبت نتایج معاینات پزشکی دانش آموزان مدرسه ..... توسط پزشک عمومی

ردیف	پایه تحصیلی	تاریخ انجام معاینات	جنس	تعداد تحت پوشش	تعداد معاینه شده	قد به سن			(BMI)نمایه توده بدنی				زردی اسکلرا	بررسی مخاط		چشم	گوش		تیروئید		ریه			
						زیر ۳– (کوتاه قدی شدید)	بالای ۳+ (بلند قدی شدید)	بین ۲– و۳– (کوتاه قدی)	زیر ۳– (لاغری شدید)	بین ۲– و۳– (لاغر)	بین ۱ و ۲ (اضافه وزن)	بالای ۲ (چاق)		رنگ پریدگی	آنمی	کونژنکتیویت	اوتیت مدیا	اوتیت خارجی	گواتر	وجود مشکل بدون گواتر	سل		آسم	
																					ابتلا به سل	مشکوک به سل	ابتلا به آسم	احتمال ابتلا به آسم

۴/۱/۲– فرم ثبت نتایج معاینات پزشکی دانش آموزان مدرسه ..... توسط پزشک عمومی

ردیف	پایه تحصیلی	قلب و عروق		پوست و مو			اسکلتی عضلانی					سلامت روان											سلامت اجتماعی		شکم	
		دارای بیماری	احتمال ابتلا به بیماری زودرس	پدیکلوزیس (با ذکر نوع)	گال	کچلی سر	اسکولیوز	کیفوز	لوردوز	اختلال شکل قفسه سینه	اندام غیر طبیعی	اختلال اضطراب/استرس/ پانیک/ اضطراب اجتماعی	وسواسی جبری	استرس پس از سانحه	پرخاشگری	افسردگی	سایکوز	دو قطبی	صرع	معلولیت ذهنی	بیش فعالی– نقص توجه	اختلال رفتاری– سلوک	کودک آزاری	همسر آزاری	ارگانومگالی	توده شکمی

۴/۱/۳– فرم ثبت نتایج معاینات پزشکی دانش آموزان مدرسه ..... توسط پزشک عمومی

ردیف	پایه تحصیلی	ادراری تناسلی		روند بلوغ		فشار خون			رفتارهای پر خطر								سایر (با ذکر مورد)			نتیجه معاینات (تعداد موارد)							
										اختلالات مصرف مواد											اقدامات اولیه			نتیجه ارجاع			تحت درمان
		عدم نزول بیضه در پسران	عفونت ادراری	دیررس	زودرس	پره هیپرتانسیون	هیپر تانسیون مرحله I	هیپر تانسیون مرحله II	مصرف مواد دخانی	مسمومیت با مواد افیونی / داروهای مضعف CNS	مسمومیت مواد محرک	محرومیت از مواد افیونی	مصرف زیان بار	وابستگی به مواد	STI	.....	.....	.....	دارای اختلال	درخواست آزمایش	درمان سرپایی	ارجاع	تایید اختلال	رد اختلال	بدون جواب	سرپایی	بستری

۴/۲– فرم ثبت و پیگیری ارجاعات تخصصی دانش آموزان مدرسه ..... توسط پزشک عمومی

ردیف	نام و نام خانوادگی	پایه تحصیلی	نوع اختلال	تاریخ ارجاع	تاریخ پیگیری	نتیجه ارجاع تخصصی			اقدامات به عمل آمده در ارجاع تخصصی							اقدامات بهداشتی و درمانی به عمل آمده پس از تایید بیماری											تاریخ پیگیری بعدی	شماره تلفن جهت پیگیری
																آموزش/ مشاوره			خدمات حمایتی و توانبخشی									
						بدون جواب	رد بیماری	تایید بیماری	درمان سرپایی (با ذکر نام)	درخواست آزمایش، رادیوگرافی و... (با ذکر نام)	بستری و مراقبت تخصصی	نیازمند جراحی				دانش آموز	اولیای مدرسه	اولیای دانش آموز	گفتاردرمانی	روان درمانی	فیزیوتراپی	تجویز عینک	تجویز سمعک	سایر اقدامات (با ذکر نوع)		
												نوبت جراحی	جراحی شده	جراحی نشده	علت عدم جراحی												

۵/خدمات بهداشتی، درمانی و مدیریت بیماری ها

۵/۱– فرم ثبت نتایج بررسی و مدیریت بیماری های واگیر در مدرسه ..... سال تحصیلی .....

نام بیماری		سه ماهه اول (پاییز)		سه ماهه دوم (زمستان)		سه ماهه سوم (بهار)		تعداد موارد تایید شده توسط پزشک		
		مشکوک به بیماری / اختلال	ارجاع	مشکوک به بیماری / اختلال	ارجاع	مشکوک به بیماری / اختلال	ارجاع	پاییز	زمستان	بهار
اسهال										
زرد زخم										
سرخک										
پدیکولوز										
هپاتیت										
سل										
بیماری های بثوری جلدی										
مننژیت										
سایر بیماری ها	.....									
	.....									
	.....									
	.....									
جمع										
نام و نام خانوادگی / مهر و امضای مدیر مدرسه:										

۵/۲– فرم ثبت و پیگیری وضعیت واکسیناسیون دانش آموزان

واکسیناسیون کودکان بدو ورود به دبستان					واکسیناسیون توام دانش آموزان ۱۶– ۱۴ ساله			
تعداد واکسیناسیون / تعداد کل دانش آموزان هدف		ناقص در زمان معاینات	کامل در زمان معاینات	تعداد موارد ناقصی که کامل شده است	تعداد واکسیناسیون / تعداد کل دانش آموزان هدف		ناقص در زمان معاینات	کامل در زمان معاینات	تعداد موارد ناقصی که کامل شده است
دختر					دختر				
پسر					پسر				
جمع					جمع				

۵/۳– فرم ثبت و پیگیری موارد ابتلا به بیماری های واگیر در مدرسه ..... سال تحصیلی .....

ردیف	تاریخ معاینه	نام و نام خانوادگی	کد ملی	پایه تحصیلی	نام بیماری	اقدامات به عمل آمده پس از تایید بیماری							نتیجه پیگیری و مراقبت های بهداشتی درمانی به عمل آمده	شماره تلفن جهت پیگیری
						درمان سرپایی	درخواست آزمایش	ارجاع تخصصی	آموزش و مشاوره با			سایر (با ذکر نام)		
									دانش آموز	اولیای مدرسه	اولیای دانش آموز			

۵/۴– فرم ثبت، پیگیری و مراقبت دانش آموزان نیازمند مراقبت ویژه* مدرسه ..... در طول سال تحصیلی .....

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

* دانش آموز نیازمند مراقبت ویژه، دانش آموزی است که پزشک یکی از اختلالات (دیابت، صرع، آسم، آلرژی، بیماری های قلبی عروقی، بیماری های ژنتیک و مادرزادی: هموفیلی، تالاسمی، کمبود G6PD و..... ، سرطان و ..... را برای وی تائید نموده است.

۵/۵– فرم ثبت و پیگیری موارد سوانح و حوادث در مدرسه .....

تاریخ مراجعه/ اعلام/ پیگیری			نام و نام خانوادگی	کد ملی	پایه تحصیلی	محل حادثه	شرح حادثه*								نتیجه حادثه			اقدامات به عمل آمده					نام و نام خانوادگی/ مهر و امضای مسئول پیگیری کننده (مدیر مدرسه)
							نوع حادثه				نوع آسیب									نتیجه ارجاع			
روز	ماه	سال					افتادن یا لیز خوردن از سطوح غیر بلند[1]	ضربه با شی[2]	سقوط از بلندی[3]	تصادفات نقلیه[4]	سوختگی ها[5]	آسیب های سرمایی[6]	زخم ها و جراحات[7]	آسیب های عمدی[8]	غیبت بیش از دو هفته	نقص عضو	فوت	درمان سرپایی	انجام اقدامات اولیه بهداشتی و ارجاع فوری	بستری	تحت درمان	سایر اقدامات (با ذکر مورد)	
						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																	
						داخل مدرسه																	
						بین خانه و مدرسه																	

*۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸ جهت راهنمایی بیشتر به راهنمای تکمیل پرونده سلامت مدرسه مراجعه شود.

۵/۶– فرم بررسی و گزارش موارد فوت مدرسه .....

ردیف	منطقه/ ناحیه/ شهرستان	نام و نام خانوادگی	پایه تحصیلی	سن	علت فوت	تاریخ فوت	توضیحات	نام و نام خانوادگی/ مهر و امضای مدیر مدرسه

نام و نام خانوادگی/ امضاء تکمیل کننده فرم: ..... تاریخ تکمیل: .....

۶/خدمات بهداشت محیط و ایمنی مدرسه

۶/۱- فرم پیگیری اجرای اقدامات مورد نیاز در جهت ارتقای ایمنی و بهسازی محیط مدرسه

تاریخ بازدید	نوبت بازدید	نواقص بحرانی اعلام شده (ردیف نواقص)	نواقص غیر بحرانی اعلام شده (ردیف نواقص)	تاریخ پیگیری	نتیجه پیگیری			نام و نام خانوادگی، سمت و امضاء پیگیری کننده
					نواقص بحرانی اصلاح شده (ردیف نواقص)	نواقص غیر بحرانی اصلاح شده (ردیف نواقص)	اقدامات انجام شده	