فرم گواهی ثبت معاینات دانشجویی در سامانه الکترونیک سلامت(سیب)

دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی:.....شهرستان.....مرکز خدمات جامع سلامت.....

نام و نام خانوادگی دانشجو:..... **کد ملی.....**

ابتلا به بیماری نیازمند مراقبت ویژه:

دیابت ☐ صرع ☐ بیماری قلبی عروقی ☐ آسم ☐ سل ☐ آلرژی ☐ هموفیلی ☐ تالاسمی ☐ سرطان ☐ کمبود G6PD ☐ اختلال روانپزشکی ☐

سایر(با ذکر نام)..... نام داروهای مصرفی(بیش از 3 ماه).....

گواهی می شود نامبرده در تاریخ.....مورد ارزیابی و معاینات و مراقبت های گروه سنی قرار گرفت و اطلاعات آن در سامانه الکترونیک سلامت ثبت گردیده است:

مبتلا به اختلال/ بیماری/ بیماری نیازمند مراقبت ویژه:

نمی باشد ☐ می باشد ☐ نوع اختلال/ بیماری/ بیماری نیازمند مراقبت ویژه:1- 2- 3- و نیاز به ارجاع به مراکز تخصصی: ندارد ☐ دارد ☐

نیاز به پیگیری: ندارد ☐ دارد ☐ تاریخ پیگیری.....

امضای مراقب سلامت و مهر پایگاه سلامت:..... **مهر و امضاء پزشک مرکز خدمات جامع سلامت:.....**