# 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 فضای کلاس ها متناسب با تعداد دانش آموزان می باشد☐ نمی باشد.☐ شبکه آبرسانی دارد☐ ندارد☐ سیستم جمع آوری فاضلاب دارد☐ ندارد☐ تهویه کلاس ها مناسب هست ☐ نیست ☐ نور کلاس ها مناسب هست ☐ نیست☐

**خدمات بهداشتی مدرسه**

* **پایگاه تغذیه سالم استاندارد**[1]: ☐ دارد: ( ☐ با مجوز ☐ بدون مجوز ) ☐ ندارد
* **اتاق بهداشت استاندارد**[2]: ☐ دارد (☐ مستقل با تجهیزات کامل ☐ مستقل با تجهیزات ناقص ☐ مشترک با تجهیزات کامل ☐ مشترک با تجهیزات ناقص) ☐ ندارد
* **آیا خدمات سلامت روان و مشاوره ای**[3] **در مدرسه طبق دستورالعمل اجرا می گردد؟** ☐ بلی ☐ خیر
* **آیا خدمات پایگاه تغذیه سالم**[4] **در مدرسه طبق دستورالعمل اجرا می گردد؟** ☐ بلی ☐ خیر
* **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؟** ☐ کم تر از نیم ساعت نیم تا یک ساعت ☐ بیش تر از یک ساعت
* **سفیران سلامت دانش آموزی در مدرسه**[5]**:** ☐ دارد ( ☐ یک نفر در هر کلاس) ☐ ندارد

**نیروی انسانی مدرسه**

* **نام و نام خانوادگی مدیر مدرسه:** ..... رشته و مدرک تحصیلی ..... تلفن همراه: .....
* **مراقب سلامت مدرسه:** ☐ دارد: نام و نام خانوادگی: ..... رشته و مدرک تحصیلی ..... ☐ ندارد
* در صورتی که مراقب سلامت مدرسه ندارد، **معلم رابط بهداشت:** ☐ دارد: نام و نام خانوادگی: ..... رشته و مدرک تحصیلی ..... ☐ ندارد
* **مربی ورزش:** ☐ دارد: نام و نام خانوادگی: ..... رشته و مدرک تحصیلی ..... ☐ ندارد
* **خدمتگزار:** ☐ دارد: نام و نام خانوادگی: ..... ☐ ندارد گواهی دوره بهداشت: ☐ دارد ☐ ندارد
* **خدمتگزار:** ☐ دارد: نام و نام خانوادگی: ..... ☐ ندارد گواهی دوره بهداشت: ☐ دارد ☐ ندارد
* **خدمتگزار:** ☐ دارد: نام و نام خانوادگی: ..... ☐ ندارد گواهی دوره بهداشت: ☐ دارد ☐ ندارد

**شورای ارتقا سلامت مدرسه**

* **نام و نام خانوادگی اعضاء شورای سلامت مدرسه: مدیر مدرسه(رئیس):** ..... **مراقب سلامت مدرسه/ رابط بهداشت مدرسه(دبیر):** .....

**مراقب سلامت پایگاه سلامت / بهورز ذیربط مدرسه:** ..... **نماینده دانش آموزان/ شورای دانش آموزی:** ..... **نماینده معلمان:** .....

**نماینده انجمن اولیاء مربیان:** ..... **مسئول بوفه:** ..... **نماینده شورای محلی:** ..... **مراقب سلامت پایگاه:** .....

۱،۲،۳،۴،۵: مطابق ضمائم شماره ۱ ، ۲ ، ۳، ٤، ٥ در راهنمای تکمیل پرونده سلامت مدرسه

## *۱/۲– فرم ثبت اطلاعات جمعیتی دانش آموزان مدرسه .....

| تبعیت | 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 .....

| تبعیت | 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 | | | | | | | | | | | | | | |

*براساس سوال دوره تحصیلی صفحه اول(فرم ۱/۱) بخش های لازم فعال شود.

# ۲/خدمات آموزشی

## 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | کارکنان | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | والدین | کادر مدیریتی | کادر آموزشی | کادر پشتیبان* | 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 | روز نامه دیواری | کتاب/کتابچه | پلاکارد/بنر | سایر(با ذکر نام) | | | | |
| | | | | | | | | | | | | جلسه/ کلاس | کارگاه | همایش | | ورزشی | هنری | فرهنگی | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

* کادر پشتیبان: کادر خدمات، مسئول پایگاه تغذیه، رانندگان سرویس، سفیران سلامت دانش آموزی و .....

**۲/۲– فرم ثبت فعالیت های شورای ارتقای سلامت مدرسه ..... (هماهنگی و برنامه ریزی فعالیت ها)**

## صورتجلسه کمیته ارتقای سلامت مدرسه

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

**دستور جلسه:**

**الف – پیگیری مصوبات قبل /دستور جلسه**

**ب – بررسی مشکلات / موضوعات**

.....

.....

.....

.....

**پ– مصوبات جلسه:**

| شرح مصوبه | مسئول پیگیری / اجراکننده | زمان انجام |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

**ت – حاضرین در جلسه:**

| ردیف | نام و نام خانوادگی | سمت | امضا | ردیف | نام و نام خانوادگی | سمت | امضا | مهر و امضای مدیر مدرسه |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ۱ | | | | ۶ | | | | |
| ۲ | | | | ۷ | | | | |
| ۳ | | | | ۸ | | | | |
| ۴ | | | | ۹ | | | | |
| ۵ | | | | ۱۰ | | | | |

## فرم ثبت، پیگیری و مراقبت دانش آموزان بیمارنیازمند مراقبت ویژه* مدرسه .....

| ردیف | پایه تحصیلی | نام و نام خانوادگی | کد ملی | 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 | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

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

# ۴/سوانح و حوادث

## 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/فوت

## 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

### 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 | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |