



شناسنامه سلامت دانشجویان پردیس بین الملل

تهیه کنندگان :

دکتر سیده صالحه مرتضوی، آقای حمید پیروی، دکتر طاهره ناصری پور، دکتر فاطمه معموری، خانم زهرا مختاری

زیر نظر :

جناب آقای دکتر مهدی مقتدایی : معاون بین الملل و رییس پردیس بین الملل دانشگاه

جناب آقای دکتر عبد الوهاب برادران : معاون فرهنگی دانشجویی دانشگاه

نسخه اول: شهریور 1402

شناسنامه سلامت دانشجویان پردیس بین الملل

مشخصات فردی دانشجو:

تاریخ تکمیل پرسشنامه:

نام: نام خانوادگی:

نام پدر:

سن:

جنسیت: مرد زن

وضعیت تاهل: مجرد متاهل

گروه خونی:

ملیت:

کد ملی / شماره پاسپورت:

شماره دانشجویی:

دانشکده: رشته تحصیلی:

مقطع تحصیلی: کارشناسی کارشناسی ارشد دکتری تخصص فوق تخصص فلوشیپ

سال ورود: نیم سال: اول دوم

ایمیل:

وضعیت اسکان: 1) در خوابگاه 2) در منزل تنها 3) در منزل به همراه دوستان 4) در منزل به همراه خانواده و اقوام 5) سایر

شماره تماس همراه کشور مبدا: شماره تماس همراه ایرانی:

شماره تماس ضروری:

شماره تماس همراه پدر: شماره تماس همراه مادر:

آدرس محل سکونت: شهر: خیابان: کوچه: پلاک:

کد پستی:

1- آیا در حال حاضر به علت بیماری خاصی تحت درمان هستید؟ بله خیر

2- در صورت پاسخ "بله" به کدام از موارد زیر مبتلا می باشید؟

1. بیماری های تنفسی 2. بیماری های قلبی و عروقی 3. بیماری های گوارشی 4. بیماری های کلیوی 5. بیماری های خونی 6. بیماری های روان پزشکی 7. بیماری های پوستی 8. چربی خون 9. فشار خون 10. دیابت 11. تیروئید 12. بیماری صرع و تشنج 13. آپنه در خواب 14. سرطان ها سایر

3- آیا داری معلولیت حسی حرکتی هستید؟ بله خیر

4- در صورت پاسخ "بله" کدام یک از موارد ذیل می باشد؟

- مشکلات شنوایی مشکلات بینایی مشکلات حسی - حرکتی

5- آیا تاکنون جراحی داشته اید؟ بله خیر

6- در صورت پاسخ "بله" شرح دهید؟

7- آیا در حال حاضر داروی خاصی مصرف می کنید؟ بله خیر

8- در صورت پاسخ "بله" نام داروی خود را ثبت نمایید؟

9- آیا به دارو یا غذای خاصی حساسیت دارید؟ بله خیر

10- در صورت پاسخ "بله"

نام دارو

نام غذا

11- کدام یک از بیماری های ذیل در بستگان درجه اول (پدر، مادر، خواهر، برادر) وجود دارد؟

1. بیماری های قلبی و عروقی 2. بیماری های تنفسی 3. بیماری مغزی و اعصاب 4. بیماری های گوارشی 5. بیماری های کلیوی 6. بیماری های خونی 7. چربی خون 8. فشار خون 9. دیابت 10. بیماری های تیروئید 11. سرطان 12. سایر

.....

پرسشنامه وضعیت سلامت روان

سلامت روان از جمله موضوعاتی است که در کیفیت زندگی انسان‌ها اهمیت بسیار زیادی دارد. لذا هر ساله کلیه دانشجویان ورودی از این نظر مورد بررسی قرار می‌گیرند. لازم به ذکر است تمامی اطلاعات شما دانشجوی محترم در این پرسشنامه به صورت **محرمانه** نزد اداره مشاوره و سلامت روان دانشجویان قرار می‌گیرد.

راهنمای گزینه‌ها:

***هرگز:** به هیچ وجه * **خیلی کم:** کمتر از یک یا دو روز در دو هفته * **کم:** چند روز در دو هفته * **متوسط:** بیش از نصف روزها در دو هفته
* **شدید:** تقریباً هر روز در دو هفته

- 1- علاقه یا لذت اندک در انجام کارها
 هرگز خیلی کم کم متوسط شدید
- 2- احساس غمگینی، افسردگی یا ناامیدی
 هرگز خیلی کم کم متوسط شدید
- 3- احساس برانگیختگی، تندخویی، عصبانیت بیش از حد معمول
 هرگز خیلی کم کم متوسط شدید
- 4- خوابیدن کمتر از حد معمول ولی هنوز انرژی زیاد داشتن
 هرگز خیلی کم کم متوسط شدید
- 5- شروع برنامه‌های بسیار زیاد یا انجام کارهای پرخطر، بیش از حد معمول
 هرگز خیلی کم کم متوسط شدید
- 6- احساس عصبی بودن، اضطراب، ترس، نگرانی یا بی‌قراری
 هرگز خیلی کم کم متوسط شدید
- 7- احساس وحشت‌زدگی یا ترسیدن
 هرگز خیلی کم کم متوسط شدید
- 8- اجتناب از موقعیت‌هایی که شما را مضطرب می‌کند
 هرگز خیلی کم کم متوسط شدید
- 9- دردها و تیرکشیدن‌های بی‌دلیل (مثل سر، پشت، مفصل، شکم، پاها)
 هرگز خیلی کم کم متوسط شدید

- 10- احساس اینکه بیماری‌های شما به اندازه کافی جدی گرفته نشده
هرگز خیلی کم کم متوسط شدید
- 11- افکار جدی صدمه زدن به خودتان
هرگز خیلی کم کم متوسط شدید
- 12- شنیدن چیزهایی که دیگران نمی‌توانند بشنوند، حتی صداها، هنگامی که کسی در اطراف نیست
هرگز خیلی کم کم متوسط شدید
- 13- احساس اینکه کسی می‌تواند افکارتان را بشنود یا شما می‌توانید بشنوید که شخص دیگری به چه فکر می‌کند
هرگز خیلی کم کم متوسط شدید
- 14- مشکلاتی در خواب که به طور کلی بر کیفیت خواب شما موثر است
هرگز خیلی کم کم متوسط شدید
- 15- مشکلاتی در حافظه (مثل یادگیری اطلاعات جدید) یا مکان‌یابی (مثلا پیدا کردن راه خانه‌تان)
هرگز خیلی کم کم متوسط شدید
- 16- افکار، امیال یا تصاویر ناخوشایندی که به طور مکرر وارد ذهن شما می‌شود
هرگز خیلی کم کم متوسط شدید
- 17- احساس اجبار به انجام رفتارهای مشخص یا فعالیت‌های ذهنی، به طور مکرر
هرگز خیلی کم کم متوسط شدید
- 18- احساس گسستگی یا دوری از خودتان، جسم‌تان، محیط فیزیکی اطراف یا خاطراتتان
هرگز خیلی کم کم متوسط شدید
- 19- نمی‌دانید که واقعا چه کسی هستید یا چه چیزی از زندگی‌تان می‌خواهید
هرگز خیلی کم کم متوسط شدید
- 20- با دیگران احساس نزدیکی نمی‌کنید یا از روابط خود با آنها لذت نمی‌برید
هرگز خیلی کم کم متوسط شدید
- 21- نوشیدن روزانه حداقل 4 پیک از هر نوع مشروبات الکلی
هرگز خیلی کم کم متوسط شدید
- 22- کشیدن هر نوع سیگار، سیگار برگ یا پیپ یا استفاده استنشاقی یا جویدن تنباکو
هرگز خیلی کم کم متوسط شدید

23- استفاده هریک از داروهای زیر به میل خودتان یعنی بدون تجویز پزشک در مقادیر بیشتر و زمان‌های طولانی‌تر از تجویز پزشک [داروهای خواب‌آور و ضد درد (مثل کدئین، ترامادول، آلپرازولام، دیازپام، کلونازپام یا ترانکوپین)، محرکها (مثل ریتالین، شیشه یا کریستال)، کانابیسها (مثل گل، حشیش، کمیکال، گراس یا ماریجوآنا)، مخدرها (مثل تریاک، متادون یا هروئین)، روانگردانها (مثل کوکائین، آمفتامین، ال اس دی، اکستازی، ام دی یا دراگ)، مواد استنشاقی (مثل چسب، بنزین، گاز، استون یا حلال‌ها).

هرگز خیلی کم کم متوسط شدید

این قسمت توسط مرکز مشاوره و سلامت روان دانشگاه تکمیل می‌گردد:

گزارش پرسشنامه سلامت روان :

CCSM Report:

1. تشخیص احتمالی یا مشکل احتمالی :

- | | | |
|-----------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> افسردگی | <input type="checkbox"/> مشکلات خواب و بیداری | <input type="checkbox"/> روان پریشی |
| <input type="checkbox"/> خشم | <input type="checkbox"/> مشکلات حافظه | <input type="checkbox"/> کار کرد شخصیت |
| <input type="checkbox"/> اضطراب | <input type="checkbox"/> مصرف سیگار، مواد، الکل | <input type="checkbox"/> افکار خود آسیب رسان |
| <input type="checkbox"/> خلق بالا | <input type="checkbox"/> وسواس | <input type="checkbox"/> شکایت جسمانی |

این قسمت توسط مراقب سلامت تکمیل می شود:

ارزیابی اولیه غیر پزشکی :

فشار خون:.....
.....: BMI
.....: وزن
.....: قد
مشکل شنوایی : بله خیر
مشکل بینایی : بله خیر

واکسیناسیون:

1- کدام یک از واکسن های ذیل را دریافت کرده اید؟

هیپاتیت B توام (کزاز- دیفتتری) ب ث ژ آبله مرغان MMR (سرخک - اوربون - سرخجه) کرونا
..... سایر

2- کارت واکسیناسیون : دارد ندارد

3- کارت واکسیناسیون توسط معاینه کننده بررسی شد : بله خیر

ارزیابی از نظر بیماری دهان و دندان توسط تکنسین

- 1- تغییر رنگ دندان به سیاهی و قهوه ای: بلی خیر
- 2- زخم یا موارد غیر طبیعی در دهان : بلی خیر
- 3- تورم و پارگی و خونریزی از بافت: بلی خیر
- 4- سابقه بیرون افتادن دندان از دهان بر اثر ضربه: بلی خیر
- 5- بوی بد دهان : بلی خیر
- 6- شکستگی دندان : بلی خیر
- 7- خونریزی لثه: بلی خیر
- 8- جرم دندان : بلی خیر

تعداد دندان پر شده : و تعداد دندان از دست داده :

* نیاز به ارجاع و پیگیری : دارد ندارد

معاینات فیزیکی: (پزشک)

.....: معاینه و سمع قلب

.....
.....

.....: معاینه و سمع ریه

.....
.....

.....: معاینه و بررسی تیروئید

.....
.....

.....: معاینه شکم

.....
.....

.....: معاینه پوست و مو

.....
.....

.....: معاینه گوش و حلق و بینی

.....
.....

.....: معاینه اسکلتی حرکتی

.....
.....

.....: معاینه چشم

.....
.....

توضیحات :

.....
.....
.....

* نیاز به انجام آزمایشات دارد : بله خیر

*نوع آزمایش درخواستی :

.....
.....
.....
.....

نیاز به ارجاع و پیگیری: بلی خیر

نوع ارجاع :.....

.....
.....
.....

مهر و امضای پزشک

نتایج ارجاعات پزشکی :

نام پزشک معالج	شرح دقیق درمان	تاریخ

نام پزشک معالج	شرح دقیق درمان	تاریخ

نتایج ارجاعات دندانپزشکی :

نام پزشک معالج	شرح دقیق درمان	تاریخ

نام پزشک معالج	شرح دقیق درمان	تاریخ

نتایج ارجاعات سلامت روان :

نام روانشناس	شرح جلسه مشاوره	تاریخ

نام روان شناس	شرح دقیق جلسه مشاوره	تاریخ