

پژوهش جهادی ۷



رسالة الحرمين الشريفين



مجموعه جزوات پژوهش جهادی (۷)

فرم سلامت

به اهتمام: معاونت جهاد سازندگی سازمان بسیج دانشجویی
مرکز مطالعات و هدایت حرکت‌های جهادی

ناشر: مرکز اسناد و انتشارات سازمان بسیج دانشجویی

نوبت چاپ: اول - تابستان ۹۸

آدرس: تهران - خیابان طالقانی - تقاطع مفتح - مجتمع فرهنگی
سیزده آبان - مرکز اسناد و انتشارات سازمان بسیج دانشجویی

تلفن: ۰۹۱۹۳۳۷۲۱۸۴ - ۸۸۳۸۱۵۱۶

پست الکترونیک: bso.publication@gmail.com

فهرست

۵	فرم شرح حال گیری
۷	فرم پزشکی
۹	فرم دندان پزشکی
۱۰	فرم مامایی
۱۳	فرم بینایی سنجی
۱۴	فرم شنوایی سنجی
۱۶	فرم گفتاردرمانی
۲۰	فرم فیزیوتراپی
۲۵	فرم کار درمانی





فرم شرح حال گیری

شماره پرونده:

تاریخ:

مشخصات

نام	نام خانوادگی	نام پدر	تاریخ تولد	تلفن
کد ملی	تحت پوشش کمیته امداد یا بهزیستی	تاهل	نوع بیمه	نام روستا
اطلاعات پایه	BS:	T:	RR:	PR:
تاریخچه سلامت و بیماری	<p>شکایت اصلی:</p> <p>سابقه بیماری:</p> <p>سابقه در خانواده:</p> <p>عادات و عوامل خطر:</p> <p>نسبت فرد با بیمار:</p>			
حساسیت‌ها	<p>حساسیت دارویی:</p> <p>حساسیت غذایی:</p> <p>نوع واکنش:</p> <p>نوع واکنش:</p>			
ارزیابی سیستم‌ها	<p>عصبی:</p> <p>تشنج <input type="checkbox"/> کرختی و بی‌حسی <input type="checkbox"/> عدم تعادل <input type="checkbox"/> سرگیجه <input type="checkbox"/> سردرد <input type="checkbox"/></p> <p>مردمک‌ها: قرینه <input type="checkbox"/></p> <p>قلبی و عروقی:</p> <p>نبض: سینوسی <input type="checkbox"/> تاکی کاردی <input type="checkbox"/> برادیکاردی <input type="checkbox"/> سیانوز <input type="checkbox"/> واریس <input type="checkbox"/> ادم <input type="checkbox"/></p> <p>تنفس:</p> <p>آپنه <input type="checkbox"/> دیس پنه <input type="checkbox"/> هموپتزی <input type="checkbox"/> اکسیژن تریابی <input type="checkbox"/> سطحی <input type="checkbox"/> سرفه <input type="checkbox"/> خلط <input type="checkbox"/></p> <p>سیانوز <input type="checkbox"/> سریع <input type="checkbox"/></p> <p>گوارش:</p> <p>رژیم غذایی خاص: اسهال <input type="checkbox"/> یبوست <input type="checkbox"/> استفراغ <input type="checkbox"/> اختلال بلع <input type="checkbox"/> تهوع <input type="checkbox"/> نفخ <input type="checkbox"/></p> <p>ادراری تناسلی:</p> <p>درد بیضه <input type="checkbox"/> هماچوری <input type="checkbox"/> عفونت <input type="checkbox"/> تکرر ادرار <input type="checkbox"/> سوزش ادرار <input type="checkbox"/> الیگوری <input type="checkbox"/></p> <p>پنی اوری <input type="checkbox"/></p> <p>سایر سیستم‌ها:</p>			

فرم پزشکی

شماره پرونده:

تاریخ:

مشخصات

- نام و نام خانوادگی:
- نام پدر:
- سن:
- تلفن:
- جنسیت:
- نام روستا:

بررسی وضعیت بیماری‌های مزمن

فشار خون: «با غربالگری از طریق کنترل و اندازه‌گیری فشار خون و جمعیت جوان و میان‌سال»

دیابت: «با غربالگری از طریق کنترل گلوکومتر و اندازه‌گیری قند خون رندم»

«در صورت نیاز، ارجاع به متخصص و ارائه برنامه تغذیه»

علائم گوارشی: «بررسی علائم خطر (کاهش وزن، تب و تعریق شبانه، اسهال و استفراغ خونی)»

«در صورت نیاز، ارجاع به مراکز تخصصی و در غیر این صورت، درمان علامتی و ارائه مشاوره تغذیه»

علائم موسکولواسکلتال: «بررسی وجود علائم خطر مثل خشکی صبحگاهی بیش از نیم ساعت، کاهش وزن و...»

«در صورت نیاز، ارجاع به مراکز تخصصی و در غیر این صورت، ارائه درمان تسکینی + Vit D و برنامه ورزش»

* بررسی بیماری‌های عفونی کودکان

معاینه گوش و حلق:

سمع ریه:

درجه حرارت:

*در صورت نیاز، ارائه درمان

* بررسی بیماری‌های انگلی کودکان

شرح حال کاهش وزن:

خارش مقعد:

سایر موارد

فرم دندان پزشکی

تاریخ:

شماره پرونده:

مشخصات

- نام و نام خانوادگی:
- نام پدر:
- سن:
- سابقه بیمار *
- تلفن:
- جنسیت:
- نام روستا:

<p>فشار خون بالا:</p> <p>بیماری‌های گوارشی:</p> <p>بیماری‌های تیروئید:</p> <p>هیپاتیت:</p> <p>سابقه جراحی:</p> <p>اعتیاد:</p> <p>سابقه تشنج:</p> <p>سابقه پرتو درمانی:</p>	<p>بیماری‌های قلبی و عروقی:</p> <p>بیماری‌های تنفسی:</p> <p>دیابت یا قند خون:</p> <p>بیماری‌های خونی:</p> <p>سابقه بستری در بیمارستان:</p> <p>سابقه تزریق خون:</p> <p>سابقه حساسیت:</p> <p>سابقه شیمی درمانی:</p>
در حال مصرف دارو:	

* معاینه بیمار

جراحی	ترمیم
-------	-------

درمان ریشه	جرم‌گیری
------------	----------

درمان انجام شده:

نام درمانگر:

فرم مامایی

تاریخ:

شماره پرونده:

مشخصات

- نام و نام خانوادگی:
- نام پدر:
- سن:
- تلفن:
- جنسیت:
- نام روستا:

- شکایت اصلی (CC):
- بیماری حاضر (PI):
- بیماری گذشته (PMH):
- جراحی قبلی (SH):
- داروهای مصرفی (DH):
- سابقه خانوادگی (FH):
- سابقه حساسیت (ALH):
- سابقه اجتماعی (SH):

* تاریخچه قاعدگی

سن منارک:	تعداد روزهای خونریزی:	طول مدت سیکل:
حجم و رنگ خونریزی:	منظم بودن:	وجود (menstruation intra) IMB (bleeding):
وجود دیسمنوره: (در صورت وجود آن، نوع اولیه و ثانویه بودن آن مشخص شود)		



* تاریخچه جنسی

سن ازدواج:	وجود دیسپارونیا:	ترشحات بدبو و بدرنگ:
وجود PCB:	وجود PCP:	روش جلوگیری و مدت استفاده از آن:
POST COITAL BLEEDING	POST COITAL PAIN	

* تاریخچه بارداری

G P Ab Lch Dch (همراه با توضیح)

مثال توضیحات:

وضعیت سلامت کودک در زمان حال/ وزن نوزاد/ جنسیت نوزاد/ زمان زایمان/ نوع زایمان/ سال زایمان: G1

G2 P1 Ab1 Lch1 Dch0

سال/ ۳۱۰۰/ پسر/ ترم/ سزارین به علت بریچ/ پنج سال پیش: G1

G2: سقط/ سه سال پیش (D&C)

* در صورت بارداری بودن فرد

LMP:	GASTATIONAL AGE:	DRUGS:
------	------------------	--------

مشکلات شایع و علائم خطر:
سونوگرافی یا آزمایش در صورت به همراه داشتن:

اقدامات انجام شده:

تشخیص (DX):

درمان (PLAN):

(سن بالای 20: آموزش خودآزمایی پستان، آموزش‌های لازم بهداشتی و جنسی و بهداشت باروری به زنان سنین باروری)



فرم بینایی سنجی

تاریخ:

شماره پرونده:

مشخصات

- نام و نام خانوادگی:
- نام پدر:
- سن:
- تلفن:
- جنسیت:
- نام روستا:

:C.C

:POH, FOH

:PMH, FMH

VA sc	D	N	VA cc	D	N
OD			OD		
OS			OS		
OU			OU		

Cover test		EOM
OD		Pupil test
OS		Streopsis

Retinoscopy		Autorefraction	Cyclorefraction
OD			
OS			

Ophthalmoscopy	Red reflex	lens	C/D	Macula	Periphery
OD					
OS					

Final Rx	Add.	VA

OD		
OS		

فرم شنوایی سنجی

شماره پرونده:

تاریخ:

شماره پرونده:

تاریخ:

مشخصات

• نام و نام خانوادگی:

• تلفن:

• نام پدر:

• جنسیت:

• سن:

• نام روستا:

قرم غربالگری شنوایی بزرگسالان:

❖ گوش راست:

توسکوپی: قبول ارجاع

تمپانومتري: قبول ارجاع

دیومتری: قبول ارجاع

Freq	۵۰۰	۱۰۰۰	۲۰۰۰	۳۰۰۰	۴۰۰۰	۶۰۰۰	۸۰۰۰
TH							

❖ گوش چپ:

توسکوپی: قبول ارجاع

تمپانومتري: قبول ارجاع

دیومتری: قبول ارجاع

Freq	۵۰۰	۱۰۰۰	۲۰۰۰	۳۰۰۰	۴۰۰۰	۶۰۰۰	۸۰۰۰
TH							

ارجاعات:

متخصص اطفال متخصص مغز و اعصاب متخصص گوش و حلق و بینی

مشاوره شنوایی شناسی گفتاردرمانی بهزیستی

سایر متخصصین (ذکر تخصص مورد نیاز):



توضیحات:

فرم غربالگری شنوایی نوزادان:

نام نوزاد: نام مادر: تاریخ زایمان:

❖ گوش راست:

'توسکوپی: قبول ارجاع
 OAE: قبول ارجاع
 تمپانومتري: قبول ارجاع
 AABR: قبول ارجاع

❖ گوش چپ:

'توسکوپی: قبول ارجاع
 OAE: قبول ارجاع
 تمپانومتري: قبول ارجاع
 AABR: قبول ارجاع

• نیاز به تکرار آزمون OAE / AABR وجود دارد؟ بله خیر زمان تکرار آزمون:

ارجاعات:

متخصص اطفال متخصص مغز و اعصاب متخصص گوش و حلق و بینی
 مشاوره شنوایی شناسی گفتاردرمانی بهزیستی مشاوره ژنتیک سایر متخصصین (ذکر تخصص مورد نیاز):

توضیحات:

فرم گفتاردرمانی

تاریخ:

شماره پرونده:

مشخصات

- تلفن:
- جنسیت:
- نام روستا:

- نام و نام خانوادگی:
- نام پدر:
- سن:

۱. ارزیابی شناخت

۱. ارزیابی توجه و تمرکز

توجه به نام خود: دارد ندارد

توجه به محیط و صداهاى محیطی: دارد ندارد

۲. ارزیابی نقاشی و بازی

نحوه گرفتن مداد:

ترسیم آدمک و تحلیل آن:

استفاده از اسباب بازی:

تعامل با هم سن و سالان:

۳. ارزیابی ادراکات بینایی

تکلیف مکعب‌ها (هم رنگ): دوتایی سه تایی

تکلیف مکعب‌ها (ناهم رنگ):

حافظه بینایی: دو آیتمی سه آیتمی



۴. ارزیابی ادراکات شنیداری

تشخیص شنیداری: دارد ندارد (کم/ زیاد)

تمییز شنیداری: دارد ندارد

حافظه شنیداری: دارد ندارد

۵. ارزیابی ادراکات لامسه

تشخیص اجسام با چشم بسته: دارد ندارد

استریوگنوز: دارد ندارد

۶. ارزیابی مفاهیم

جور کردن:

طبقه بندی:

اندازه ها:

تعداد:

مکان:

زمان:

۷. ارزیابی گفتار

• درک گفتار: کلمه جمله گفته ندارد

• تولید گفتار: تک کلمه دو کلمه سه کلمه چهار کلمه گفتار پیوسته ندارد

• تشدید: هایپو هیپو ندارد

• تنفس: نوای گفتار طبیعی نوای گفتار غیرطبیعی

بلندی طبیعی بلندی غیرطبیعی

زیر و بمی طبیعی زیر و بمی غیرطبیعی

۸. ارزیابی زبان

• آواشناسی: درک..... بیان.....

• معناشناسی: درک..... بیان.....

• نحو: درک..... بیان.....

• کاربردشناسی: تماس چشمی نوبت‌گیری شروع و حفظ مکالمه ندارد

۹. ارزیابی دهان و دندان

• قرینه‌بودن اجزای صورت: دارد ندارد

• شل‌بودن عضلات: دارد ندارد

• صورت ماسکی: دارد ندارد

• توانایی غنچه‌کردن لب‌ها: دارد ندارد

• توانایی حرکت زبان در جهات مختلف: دارد ندارد

۱. دپادو غیرکلامی: دارد ندارد
۲. توانایی بادکردن لب‌ها: دارد ندارد
۳. بلع مایعات: دارد ندارد
۴. بلع جامدات: دارد ندارد
۵. رفلکس gag: دارد ندارد
۶. شکاف کام: دارد ندارد
۷. شکاف لب: دارد ندارد
۸. بزرگی زبان: دارد ندارد
۹. کوچکی زبان: دارد ندارد
۱۰. کفایت بند زیر زبانی: دارد ندارد
۱۱. وجود آنومالی در دندان‌ها: دارد ندارد
۱۲. بزرگ بودن لوزه‌ها: دارد ندارد

توضیحات:

فرم فیزیوتراپی

تاریخ:

شماره پرونده:

مشخصات

- تلفن:
- جنسیت:
- نام روستا:

- نام و نام خانوادگی:
- نام پدر:
- سن:

❖ MUSCULOSKELETAL SYSTEM:

:History & C.C

Gait:

Rickets:

✓ Spinal column:

Lumbar:

Thoracic:

Cervical:

توضیحات و سایر موارد:

✓ winging of the scapula: L: IA□□/MB□□/SMB□□ R: IA□□/MB□□/SMB□□

توضیحات و سایر موارد:

✓ Sacroiliac:

ASIS vs ASIS:

PSIS vs PSIS:

ASIS vs PSIS:

➤ Lower extremity length: L cm / R cm

Gillet's test:

توضیحات و سایر موارد:

✓ Hip:

Intoeing: → Foot / Knee / Hip / Degree

Craig test: Anteversion / Retroversion

توضیحات و سایر موارد:

✓ Knee:

➤ Q angle: Degree → Normal / Genu varum / Genu valgum

توضیحات و سایر موارد:

✓ Ankle & foot: FPI-6:

		FACTOR	PLANE	SCORE	
				Left -2 to +2	Right -2 to +2
Rearfoot	Talar head palpation		<i>Transverse</i>		
	Curves above and below the lateral malleolus		<i>Frontal/ transverse</i>		
	Inversion/eversion of the calcaneus		<i>Frontal</i>		
Forefoot	Prominence in the region of the TNJ		<i>Transverse</i>		
	Congruence of the medial longitudinal arch		<i>Sagittal</i>		
	Abd/adduction forefoot on rearfoot		<i>Transverse</i>		
		TOTAL			

Normal: 0 to +5

Pronated: +6 to +9

Highly Pronated: +10

Supinated: -1 to -4

Highly Supinated: -5 to -12

توضیحات و سایر موارد:

➤ سایر موارد سیستم عضلانی_اسکلتی:

❖ PULMONARY SYSTEM:

❖ NEUROLOGICAL SYSTEM:

ارجاعات و توضیحات:

غربالگری فیزیوتراپی کودکان زیر سه سال و استثنائی:

❖ MUSCULOSKELETAL SYSTEM:

History & C.C:

Lower extremity length: R cm / L cm

✓ Hip:

Barlow test:

Ortolani test:

توضیحات و سایر موارد:

✓ Torticollis:

توضیحات:

➤ سایر موارد:

❖ PULMONARY SYSTEM:

❖ NEUROLOGICAL SYSTEM:



Neurodevelopment	To (Month)	impaired
SPINAL LEVEL		
Flexor Withdrawal	+ ~ 2	
Extensor Thrust	+ ~ 2	
Crossed Extension 1 (Flexion & Extension)	+ ~ 2	
Crossed Extension 2 (Adduction)	+ ~ 2	
Palmar Grasp	+ ~ 4	
Plantar Grasp	+ ~ 2,9	
BRAINSTEM LEVEL		
Asymmetrical Tonic Neck Reflex	4 ~ 6	
Symmetrical Tonic Neck Reflex	4 ~ 6	
Tonic Labyrinthine Reflex	+ ~ 4	
Positive Supporting	3 ~ 8	
Negative Supporting	8 ~ x	
MIDBRAIN LEVEL		
Neck Righting	+ ~ 6	
Body Righting Acting on the Body	6 ~ x	
Labyrinthine Righting Acting on the Head 1 (Prone)	1,2 ~ x	
Labyrinthine Righting Acting on the Head 2 (Supine)	6 ~ x	
Labyrinthine Righting Acting on the Head 3 (Right)	6,8 ~ x	
Labyrinthine Righting Acting on the Head 4 (Left)	6,8 ~ x	
Optical Righting Acting on the Head 1 (Prone)	1,2 ~ x	
Optical Righting Acting on the Head 2 (Supine)	6 ~ x	
Optical Righting Acting on the Head 3 (Right)	6,8 ~ x	
Optical Righting Acting on the Head 4 (Left)	6,8 ~ x	
Amphibian Reaction	6 ~ x	
Moro Reflex	+ ~ 4	
Landau Reflex	6 ~ 2,2,5	
Protective Extensor Thrust (Parachute Reaction)	6 ~ x	
Startle	+ ~ 5	

Galant	+ ~ 2	
CORTICAL LEVEL		
Supine	6 ~ x	
Prone	6 ~ x	
Four-Foot Kneeling	8 ~ x	
Sitting	10,12 ~ x	
Kneel-Standing	15,18 ~ x	
Standing-Hopping 1 (Left or Right)	15,18 ~ x	
Standing-Hopping 2 (Forward)	15,18 ~ x	
Standing-Hopping 3 (Backward)	15,18 ~ x	
Dorsiflexion	15,18 ~ x	
See-Saw	15 ~ x	
Simian Position	15,18 ~ x	

ارجاعات و توضیحات:

فرم کار درمانی

شماره پرونده:

تاریخ:

- نام و نام خانوادگی:
- تلفن:
- نام پدر:
- جنسیت:
- سن:
- نام روستا:

غربالگری عملکرد پردازش حسی کودکان 6 تا 12 سال

حس	علائم	+
شنوایی	به صداهای بلند و غیرمنتظره به طور منفی پاسخ می دهد.	
	دست هایش را بر روی گوش هایش قرار می دهد.	
	در محیط پرسروصدا و شلوغ نمی تواند راه برود.	
	در یک محیط پر از محرک، فراموشکار و بی توجه به نظر می رسد.	
بینایی	ترجیح می دهد در تاریکی بماند.	
	تمایلی به بالا و پایین رفتن از پله ها ندارد.	
	از چراغ ها و نورهای بسیار روشن اجتناب می کند.	
	به اشیا و افراد، بسیار خیره و با دقت نگاه می کند.	
وضعیت بدنی	از تماس چشمی پرهیز می کند.	
	به طور مداوم وضعیت بدنی خود را تغییر می دهد و آرام و قرار ندارد.	
	به سایر افراد و اشیا آویزان می شود.	
	به نظر می رسد که دچار ضعف عضلانی است؛ به آسانی و به سرعت خسته می شود.	
	سطح تحمل عضلانی بسیار پایینی دارد.	
	روی انگشتان پایش راه می رود.	

+	علائم	حس
	به محض این که پاهایش از روی زمین برداشته می شود، دچار اضطراب می شود.	حرکت
	از بالا و پایین پریدن اجتناب می کند.	
	از بازی در محوطه زمین ورزش اجتناب می کند.	
	وول خوردن مداوم و عدم توانایی حفظ یک وضعیت بدنی موجب بروز اختلال در انجام امور روزمره اش می شود.	
	در هنگام بازی، دست به کارهای پرخطر می زند و هیچ گونه توجهی به هشدارهای ایمنی ندارد.	
	از انجام بازی و درست کردن کاردستی با چسب، شن و کشیدن نقاشی با نوک انگشتان اجتناب می کند. به بافت های خاص نظیر (پارچه، لباس، ملحفه ها) حساس است.	لمس
	افراد و اشیاء را به گونه ای لمس می کند که موجب آزار و اذیت آنها می شود.	توجه، رفتار و مهارت های اجتماعی
	به درد و دمای محیط واکنش مناسبی نشان نمی دهد. (معمولاً واکنش پایین تر از سطح هنجار است.)	
	مضطرب به نظر می رسد.	
	به نظر می رسد که همیشه در معرض آسیب و سانحه است.	
	در دوست یابی مشکل دارد و نمی تواند هیجانانش را به درستی بیان کند.	اجتماعی
	به طور مداوم از یک فعالیت به فعالیت دیگر مشغول می شود و بازی هایش را تغییر می دهد.	
	در توجه کردن به طور طولانی و پایدار مشکل دارد.	

ارجاعات و توضیحات:



A series of horizontal dotted lines providing a template for writing notes or a journal entry.



A series of horizontal dotted lines providing a template for writing the notes.

سال‌های سال است که دانشجویان متعهد و انقلابی تا فرصت و فراغتی پیدا می‌کنند، رهسپار روستاهای محروم می‌شوند تا روحشان را جلا دهند. زندگی کردن را کنار زلال‌ترین مردم تمرین کنند و خدمتی ناچیز به آن‌ها ارائه دهند. خدمتی که پس از سال‌ها نزد جهادگران همچون وظیفه‌ای، سنگینی می‌کند و پیوسته در صدد ارتقای آن هستند. بی شک یکی از مؤثرترین و شاید اولین گام جهت انجام بهتر و عمیق تر شدن اقدامات، شناخت صحیح یک منطقه و کشف دقیق مشکلات آن باشد. نبود چنین گامی به مثابه آن است که طبیبی بدون بررسی علائم بیماری و معاینه دقیق، نسخه‌ای جهت درمان ارائه کند. در این حالت حتی اگر نسخه تجویز شده بدون ضرر هم باشد، قطعاً فایده‌ای نخواهد داشت.