



شماره :
تاریخ :
پیوست :

شناسنامه سلامت دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران
سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷

دانشجوی گرامی :

حضور شما را در دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران ، گرامی می داریم .

پرسشنامه ی حاضر ، به منظور بررسی سلامت تمامی دانشجویان دانشگاه طراحی شده است . بر اساس تعهدات حرفه ای پزشکان و سایر کادر بهداشتی درمانی محرمانه بودن پاسخ ها به طور کامل رعایت می گردد و پرسشنامه ها صرفاً" توسط دفتر مشاوره معاونت فرهنگی و دانشجویی و معاونت بهداشت و درمان به منظور تعیین وضعیت کلی سلامت جسمی دانشجویان و برای برنامه ریزی اقدامات ارتقاء بهداشت جسمانی دانشجویان مورد استفاده قرار می گیرند . با توجه به اهمیت اهداف طرح ، خواهشمند است سؤالات زیر را مطالعه و به دقت همه آنها را پاسخ دهید . در صورت وجود هر گونه ابهام در سؤالات می توانید از همکاران مرکز مشاوره کمک بگیرید . پیشاپیش از همکاری صادقانه و دقت نظر شما دانشجوی عزیز سپاسگزاری می شود . متعهد میگردم که به سؤالات شناسنامه سلامت پاسخ های کامل و صحیح دهم ، در صورتی که براساس کتمان در پاسخگویی به سؤالات ، نقص یا خللی در فرآیند معاینه ایجاد شود به نوعی که منجر به خسارت های جسمی، روحی یا معنوی در آینده گردد ، این دانشگاه هیچگونه مسؤلیتی برعهده نخواهد داشت .

امضاء دانشجو

۱- مشخصات عمومی دانشجو

۱. نام و نام خانوادگی :		۲. سن (به سال):	
۳. جنسیت : ۱- مذکر <input type="checkbox"/> ۲- مؤنث <input type="checkbox"/>		۴. وضعیت تأهل : ۱- مجرد <input type="checkbox"/> ۲- متأهل <input type="checkbox"/> ۳- سایر <input type="checkbox"/>	
۵. نام دانشگاه :		۶. نام دانشکده :	
۷. محل تولد (استان : شهر :		۸. ملیت : (برای دانشجویان غیر ایرانی)	
۹. گروه خونی : نمی دانم		۱۰. رشته تحصیلی پذیرفته شده :	
۱۱. شماره دانشجویی :			
۱۲. مقطع تحصیلی پذیرفته شده در دانشگاه : ۱- فوق دیپلم <input type="checkbox"/> ۲- کارشناسی <input type="checkbox"/> ۳- کارشناسی ارشد <input type="checkbox"/> ۴- دکتری حرفه ای <input type="checkbox"/> ۵- دکتری <input type="checkbox"/>			
۱۳. در صورتی که مقطع تحصیلی دانشگاهی قبلی داشته اید؟ ذکر نمایید			
۱۴. دارای دفترچه بیمه : ۱- خدمات درمانی <input type="checkbox"/> ۲- تأمین اجتماعی <input type="checkbox"/> ۳- نیروهای مسلح <input type="checkbox"/> ۴- بانک، شهرداری و غیره <input type="checkbox"/> ۵- بدون بیمه <input type="checkbox"/>			
۱۵. محل سکونت دوره دانشجویی : ۱- ملکی (همراه با خانواده) <input type="checkbox"/> ۲- استیجاری (همراه با خانواده) <input type="checkbox"/> ۳- استیجاری (مجرد) <input type="checkbox"/>			
۴- استیجاری (با دانشجویان دیگر) <input type="checkbox"/>			
۱۶. آدرس پست الکترونیک (ایمیل) :		شماره تلفن ثابت	
شماره تلفن همراه :			

۲- سوابق مواجهه با عوامل زیان آور محیطی (در محیط کار یا تحصیل)

۷. آیا تاکنون با موارد ذیل سروکار داشته اید؟

۱- سروصدای بیش از حد مجاز	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	لطفاً منبع آن ذکر گردد.....
۲- ارتعاشات	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	لطفاً منبع آن ذکر گردد.....
۳- اشعه	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	لطفاً منبع آن ذکر گردد.....
۴- مواد شیمیایی	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	لطفاً منبع آن ذکر گردد.....
۵- مواد بیولوژیکی	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	لطفاً منبع آن ذکر گردد.....

۱۸. آیا در حال حاضر غیر از تحصیل، شاغل می باشید؟ ۱- خیر ۲- بلی لطفاً نام شغل و وظیفه شما در شغل ذکر گردد.....

۱۹. آیا تاکنون دوره آموزشی مرتبط با ایمنی آزمایشگاه یا کارگاه را گذرانده اید؟

۱- خیر ۲- بلی لطفاً نام دوره، مدت و محل آن ذکر گردد.....

۳- با توجه به رشته تحصیلی قبلی ام نیازی به این دوره نداشته ام

موارد زیر توسط دانشجو تکمیل می گردد

۳- عادات سلامت فردی

۲۰- در طول یک هفته، چند روز حداقل به مدت سی دقیقه فعالیت بدنی داری؟ (ورزش متوسط مانند پیاده روی سریع، شنا کردن یا دوچرخه سواری و...)

۱- اصلاً ندارم ۲- یک یا دو روز ۳- سه یا چهار روز ۴- تمام روزهای هفته

۲۱. در شبانه روز چند بار مسواک می زنی؟

۱- اصلاً مسواک نمی زنی ۲- گاهی مسواک می زنی ۳- یکبار در روز ۴- بیش از یکبار

۲۲. میزان استفاده شما از نخ دندان چقدر است؟

۱- اصلاً استفاده نمی کنم ۲- هر چند روز یکبار ۳- هر روز

۲۳. معمولاً الگوی خواب و بیداری شما چگونه است؟ ۱- نداشتن برنامه منظم ۲- داشتن برنامه منظم

۲۴. بطور متوسط در شبانه روز چند ساعت می خوابید؟

۱- کمتر از ۶ ساعت ۲- ۶ تا ۸ ساعت ۳- ۸ تا ۱۰ ساعت ۴- بیش از ۱۰ ساعت

۲۵. کدام یک از گزینه زیر در مورد سیگار کشیدن در رابطه با شما صدق می کند؟ ۱- قبلاً استفاده می کردم ماه/ سال قبل ترک کرده ام.

۲- اصلاً استفاده نمی کنم ۳- بطور موردی استفاده می کنم ۴- روزانه استفاده می کنم تعداد نخ-به مدت ---- ماه/ سال

۲۶. کدام یک از گزینه زیر در مورد مصرف قلیان برای شما صدق می کند؟ ۱- قبلاً استفاده می کردم ماه/ سال قبل ترک کرده ام.

۲- اصلاً استفاده نمی کنم ۳- بطور موردی استفاده می کنم ۴- هفتگی استفاده می کنم نوبت -به مدت ---- ماه/ سال

۲۷. در طول شبانه روز معمولاً کدام یک از ابزارهای زیر را بطور مداوم و به چه مدت استفاده می کنید؟

۱- تبلت / لپ تاب / کامپیوتر ساعت ۲- موبایل ساعت ۳- XBOX و سایر ساعت

۴- عادات غذایی

۲۸- چند روز در هفته وعده کامل صبحانه می خورید؟ (صبحانه کامل شامل غلات یا کربوهیدرات مانند نان، لبنیات یا غذای کلسیم دار مانند پنیر و میوه می باشد)

۱- به ندرت ۲- ۱ یا ۲ روز ۳- ۳ یا ۴ روز ۴- تمام روزهای هفته

۲۹- چه مدت زمانی را برای صرف یک وعده غذا اختصاص می دهید؟

۱- کمتر از ۱۰ دقیقه ۲- بین ۱۰ تا ۲۰ دقیقه ۳- بین ۲۰ تا ۳۰ دقیقه ۴- بیشتر از ۳۰ دقیقه

۳۰- میزان مصرف روزانه میوه شما چقدر است؟ (یک واحد معادل یک فنجان میوه ریز و یک سیب متوسط است)

۱- به ندرت ۲- کم (کمتر از ۲ واحد) ۳- متوسط (۲ تا ۴ واحد) ۴- زیاد (بیش تر از ۴ واحد)

۳۱- روزانه چند واحد سبزیجات مصرف می کنید؟ (یک واحد سبزی خام مانند سبزی خوردن یا کاهو، نصف لیوان سبزی پخته مانند هویج یا لوبیا سبز)

۱- به ندرت ۲- کم (کمتر از ۳ واحد) ۳- متوسط (۳ تا ۵ واحد) ۴- زیاد (بیشتر از ۵ واحد)

۳۲- تعداد دفعات استفاده شما از انواع شیرینی (کیک، شکلات و ...) در هفته چقدر است؟

۱- تمام روزهای هفته ۲- ۲ یا ۳ بار در هفته ۳- ۱ بار در هفته ۴- به ندرت

۳۳- تعداد دفعات استفاده شما از تنقلات (چییس، پفک، پفیلا و ...) در هفته چقدر است؟

۱- تمام روزهای هفته ۲- ۲ یا ۳ بار در هفته ۳- ۱ بار در هفته ۴- به ندرت

۳۴- در طول هفته چند بار از نوشابه های گازدار شیرین، آب میوه های صنعتی و ماء الشعیر استفاده می کنید؟

۱- تمام روزهای هفته ۲- ۱ یا ۲ روز در هفته ۳- به ندرت

۳۵- تعداد دفعات استفاده شما از غذاهای آماده (فست فود) در هفته چقدر است؟

۱- تمام روزهای هفته ۲- ۲ یا ۳ بار در هفته ۳- ۱ بار در هفته ۴- به ندرت

۳۶- روزانه چه میزان لبنیات مصرف می کنید؟ (یک واحد لبنیات برابر با یک لیوان شیر یا ماست یا دو قوطی کبریت پنیر)

۱- به ندرت ۲- کم (کمتر از ۲ واحد) ۳- متوسط (۲ تا ۳ واحد) ۴- زیاد (بیش از ۳ واحد)

۳۷- چه میزان غذای گوشتی و پروتئینی در روز مصرف می کنید؟ (یک واحد پروتئین برابر است با یک قوطی کبریت گوشت قرمز بدون چربی یا سفید یا ماهی، یک قوطی کبریت پنیر، یک فنجان حبوبات یا یک عدد تخم مرغ)

۱- به ندرت ۲- کم (کمتر از ۲ واحد) ۳- متوسط (۲ تا ۳ واحد) ۴- زیاد (بیش از ۳ واحد)

۳۸- تخم مرغ چه میزان از پروتئین رژیم غذایی شما را تأمین می کند؟

۱- روزانه ۱ عدد ۲- ۲ تا ۳ عدد در هفته ۳- به ندرت

۳۹- در شش ماه گذشته وزن شما چه تغییری داشته است؟

۱- تغییر وزن نداشته ام ۲- ده درصد افزایش وزن بدن یا بیشتر ۳- ده درصد کاهش وزن بدن یا بیشتر ۴- تغییر وزن کمتر از ده درصد

۴۰- آیا کمتر از یک ساعت بعد از غذا چای می نوشید؟

۱- خیر ۲- بلی

۴۰- آیا معمولاً هنگام خوردن غذا به آن نمک اضافه می کنید؟

۱- خیر ۲- بلی

۵- سابقه پزشکی فرد (کدام یک از مشکلات زیر را تاکنون داشته اید)

۴۲- گردش خون و قلب: ۱- فشار خون بالا ۲- بیماری قلبی ۳- کم خونی تأیید شده ۴- بی نظمی ضربان قلب ۵- سایر ذکر

شود.....

۴۳. گوارش و کبد: ۱- مشکلات بلع غذا ۲- ترش کردن مکرر ۳- ناراحتی معده و اثنی عشر ۴- حالت تهوع مکرر ۵- هپاتیت B یا C ۶- زردی و یرقان ۷- اسهال مزمن ۸- یبوست مزمن ۹- سایر ذکر شود..... ۱۰- هیچکدام

۴۴. بینایی: ۱- کوررنگی ۲- دو بینی ۳- کاهش دید ۴- سایر ذکر شود..... ۵- هیچکدام

۴۵. گوش و حلق و بینی: ۱- وزوز گوش ۲- کاهش شنوایی ۳- سینوزیت مزمن ۴- خونریزی مکرر از بینی ۵- سایر ذکر شود..... ۶- هیچکدام

۴۶. مغز و اعصاب: ۱- از دست دادن هشیاری ۲- صرع و تشنج ۳- سردرد مکرر ۴- سرگیجه دوره ای ۵- MS ۶- سایر ذکر شود.....

۴۷. ادراری / تناسلی: ۱- سنگ کلیه ۲- عفونت ادراری ۳- عفونت های دستگاه تناسلی ۴- سایر ذکر شود..... ۵- هیچکدام

۴۸. تنفسی: ۱- عفونت مکرر دستگاه تنفسی ۲- سرفه های بیش از دو هفته ۳- آسم ۴- تنگی نفس ۵- سایر ذکر شود.....

۴۹. پوست: ۱- آکنه ۲- عفونت های پوستی (قارچ و...) ۳- ناراحتی های پوستی ۴- سایر ذکر شود..... ۵- هیچکدام

۵۰. سایر موارد: ۱- چربی خون بالا ۲- دردهای اسکلتی - عضلانی ۳- مشکلات مادرزادی ذکر شود ۴- دیابت ۵- اختلالات تیروئید ۶- احساس خستگی مزمن ۷- سل ۸- تب روماتیسمی ۹- مشکلات خواب ۱۰- سرطان یا تومور ۱۱- معاویت نوع و علت ۱۲- هیچکدام

۵۱. کدام یک از آسیب دیدگی و حوادث زیر برای شما اتفاق افتاده است؟
 ۱- شکستگی و آسیب استخوانی ۲- ضربه مغزی ۳- سوختگی شدید ۴- برق گرفتگی ۵- سایر ذکر شود..... ۶- هیچکدام

۵۲. آیا سابقه مصرف طولانی مدت دارو را دارید؟
 نام دارو..... میزان مصرف..... مدت زمان مصرف..... علت مصرف.....
 خیر ۱- بلی ۲-

۵۳. آیا شما به داروی خاصی حساسیت دارید؟
 نام دارو..... خیر ۱- بلی ۲- نوع واکنش به دارو.....

۵۴. کدامیک از حساست های ذکر شده زیر را دارید؟
 ۱- غذا ۲- محیط (گرده گیاهان، گرد و خاک و...) ۳- سایر موارد را ذکر نمایید..... ۴- هیچکدام

۵۵. چه نوع دارویی را بدون تجویز پزشک مصرف می کنید؟
 ۱- آنتی بیوتیکها ۲- مسکن های ساده ۳- ویتامین ها و مکمل های غذایی ۴- داروهای آرام بخش ۵- داروهای نیروزا ۶- بدون تجویز هر دارویی مصرف می کنم ۷- بدون تجویز اصلا" مصرف نمی کنم ۸- سایر موارد ذکر گردد.....

۶- سابقه پزشکی خانواده

۵۶. کدام یک از موارد زیر در خانواده درجه یک (پدر، مادر، خواهر و برادر) شما وجود دارد؟
 ۱- دیابت ۲- سابقه سکنه قلبی زیر پنجاه سال ۳- فشار خون بالا ۴- سرطان نوع ذکر گردد..... ۵- سل ۶- چربی خون بالا ۷- چاقی ۸- آلرژی ۹- بیماری های اعصاب و روان

۱۰- بیماریهای کلیوی	۱۱- سکنه مغزی	۱۲- اسهال	۱۳- اختلالات ژنتیکی	۱۴- بیماریهای قلبی و عروقی
۱۵- اختلال تیروئید	۱۶- مصرف دخانیات (سیگار، پپ، قلیان)	۱۷- هیچکدام		

۷- ارزیابی عملکرد

۵۷. آیا به دلیل بیماری خاصی در حال حاضر تحت مراقبت پزشک هستید؟	۱- خیر	۲- بلی		
۵۸. آیا در حال حاضر درد خاص و یا مزمنی در خود احساس می کنید؟	۱- خیر	۲- بلی		
۵۹. کدام یک از فعالیتهای زیر به دلیل مشکل جسمی شما محدود شده است؟	۱- کار روزانه	۲- ورزش ملایم	۳- ورزش حرفه ای	۴- یادگیری
۶۰. هنگام انجام ورزش سنگین (مانند دویدن) دچار کدامیک از مشکلات زیر می شوید؟	۱- درد قفسه سینه	۲- سرفه	۳- سرگیجه	۴- هیچکدام

موارد زیر توسط پرستار و یا کارشناس مرکز بهداشت تکمیل گردد

۸- معاینات جسمانی

وزن

(Kg)

۸-۱- اندازه گیری قد، وزن و فشارخون (محاسبه BMI از BMI =)

قد (m)

۶۱. قد (سانتی متر)	۶۲. وزن (کیلو گرم)	۶۳. BMI	۶۴. فشارخون (میلیمتر جیوه):
--------------------	--------------------	---------	-----------------------------

۸-۲- اندازه گیری قدرت بینایی: طبیعی اصلاح شده (اعمال جراحی، عینک، لنز و ...)

۶۵. وضعیت بینایی چشم راست کدام گزینه است؟	۱- ۱۰/۱۰	۲- ۹/۱۰	۳- ۸/۱۰ و کمتر
۶۶. وضعیت بینایی چشم چپ کدام گزینه است؟	۱- ۱۰/۱۰	۲- ۹/۱۰	۳- ۸/۱۰ و کمتر

۸-۳- معاینه دهان و دندان

۶۷. وضعیت بهداشت دهان کدام گزینه است؟	۱- بد	۲- متوسط	۳- خوب
۶۸. وضعیت بهداشت لثه ها کدام گزینه است؟	۱- بیماری لثه (پیوره)	۲- التهاب لثه	۳- طبیعی
۶۹. تعداد دندان های پوسیده چند تا است؟	۱- صفر	۲- عدد	
۷۰. تعداد دندان های پر شده به علت پوسیدگی کدام گزینه است؟	۱- صفر	۲- عدد	

۷۱- تعداد دندان های کشیده شده به علت پوسیدگی کدام گزینه است؟ ۱- صفر ۲- عدد

۹- ارزیابی کارشناس

*در صورتی که در هریک از موارد بندهای ۵ تا ۸ اختلالی رویت گردید نیاز به بررسی و معاینه پزشک دارد

**در صورت مثبت بودن هریک از موارد (سابقه پزشکی دیابت در بستگان درجه یک ، فشارخون بالای فرد، چربی خون بالای فرد و $BMI > 25$) فرد باید مورد آزمایش قند خون ناشتا در آزمایشگاه قرار گیرد .

۷۲. نیاز به معینه پزشک دارد؟

خیر ۱- بلی ۲-

۷۳. نیاز به آزمایش قندخون ناشتا دارد؟

خیر ۱- بلی ۲-

۱۰- ارزیابی پزشک

۷۴. سالم است و نیاز به پیگیری ندارد

۷۵. نیازمند پیگیری مرکز بهداشت و درمان است (اعم از نیاز به مراجعه مجدد، معاینه تکمیلی، نتیجه آزمایش قند خون ناشتا ، ارجاع به متخصص یا سایر اقدامات پزشکی)
تشخیص اولیه ذکر گردد

۷۶. تحت نظر پزشک معالج است تشخیص (ها) :

۱-

۲-

۱۱- نتیجه ارجاعات پزشکی

۱- نتیجه آزمایش قند خون ناشتا (در صورت انجام) :

۲-

۱۲- توضیحات

.....

امضاء کارشناس :

امضاء پزشک :