

# 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: .....	<input type="checkbox"/> مدرسه مروج سلامت
	* <input type="checkbox"/> پسرانه <input type="checkbox"/> دخترانه <input type="checkbox"/> مختلط	تعداد شیفت(نوبت تحصیل) در یک شبانه روز: .....	* مساحت مدرسه به متر مربع: .....
	* دوره تحصیلی: <input type="checkbox"/> دوره اول ابتدایی <input type="checkbox"/> دوره دوم ابتدایی <input type="checkbox"/> دوره اول متوسطه <input type="checkbox"/> دوره دوم متوسطه		
	* تعداد کل دانش آموزان: ..... * تعداد دانش آموزان شیفت غالب مدرسه: ..... * تعداد دانش آموزان عشایر: .....		
	* تعداد طبقات مدرسه با احتساب طبقه همکف: ..... <input type="checkbox"/> زیر زمین جزو فضای آموزشی محسوب می شود * تعداد کل کلاس های درس: ..... * حداکثر تعداد دانش آموزان کلاس: .....		
	* نوع مدرسه: <input type="checkbox"/> روزانه <input type="checkbox"/> شبانه <input type="checkbox"/> شبانه روزی <input type="checkbox"/> استثنایی <input type="checkbox"/> عشایری <input type="checkbox"/> هنرستان فنی و حرفه ای <input type="checkbox"/> مجتمع آموزشی		
	* نوع ساختمان مدرسه: <input type="checkbox"/> نوساز <input type="checkbox"/> قدیمی <input type="checkbox"/> مقاوم سازی در مقابل زلزله <input type="checkbox"/> چادر <input type="checkbox"/> کپر <input type="checkbox"/> خشت و گل <input type="checkbox"/> کانتینر <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نام): .....		
	* نوع مالکیت مدرسه: <input type="checkbox"/> دولتی <input type="checkbox"/> استیجاری (دولتی) <input type="checkbox"/> غیر انتفاعی <input type="checkbox"/> خیر ساز <input type="checkbox"/> سایر(با ذکر نام) .....		
	* سیستم حرارتی مدرسه: <input type="checkbox"/> بخاری گازی <input type="checkbox"/> بخاری نفتی <input type="checkbox"/> شوفاژ <input type="checkbox"/> سایر..... <input type="checkbox"/> ندارد    * سیستم برودتی مدرسه: <input type="checkbox"/> کولر گازی <input type="checkbox"/> کولر آبی <input type="checkbox"/> پنکه <input type="checkbox"/> سایر ..... <input type="checkbox"/> ندارد		
	* سیستم گرمایی و برق مدرسه توسط متخصصان آتش نشانی و برق: <input type="checkbox"/> کنترل می شود <input type="checkbox"/> کنترل نمی شود		
تسهيلات بهداشتی مدرسه	* پایگاه تغذیه سالم: <input type="checkbox"/> دارد: ( <input type="checkbox"/> با مجوز <input type="checkbox"/> بدون مجوز ) <input type="checkbox"/> ندارد    * اتاق بهداشت: <input type="checkbox"/> دارد با تجهیزات کامل <input type="checkbox"/> دارد با تجهیزات ناقص <input type="checkbox"/> مشترک است <input type="checkbox"/> ندارد		
	* آیا خدمات سلامت روان و مشاوره ای در مدرسه طبق دستورالعمل اجرا می گردد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر		
	* آیا خدمات پایگاه تغذیه سالم در مدرسه طبق دستورالعمل اجرا می گردد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر		
	* زمان متوسط فعالیت ورزشی دانش آموزان در مدرسه در روز (با احتساب زنگ ورزش و زنگ تفریح) چقدر است؟ <input type="checkbox"/> کم تر از نیم ساعت <input type="checkbox"/> نیم تا یک ساعت <input type="checkbox"/> بیش تر از یک ساعت		
* شکل های بهداشتی سازمان یافته فعال در مدرسه: <input type="checkbox"/> بهداشتیاران <input type="checkbox"/> پیشگامان سلامت <input type="checkbox"/> مروجین سلامت <input type="checkbox"/> سفیران سلامت <input type="checkbox"/> سایر .....			
عوامل انسانی مدرسه	* نام و نام خانوادگی مدیر مدرسه: ..... رشته و مدرک تحصیلی ..... تلفن همراه: .....		
	* مراقب سلامت: <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> دارد: نام و نام خانوادگی: ..... رشته و مدرک تحصیلی .....		
	* معلم رابط بهداشت: <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> دارد: نام و نام خانوادگی: ..... رشته و مدرک تحصیلی .....		
	* مشاور: <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> دارد: نام و نام خانوادگی: ..... رشته و مدرک تحصیلی .....		
	* مربی ورزش: <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> دارد: نام و نام خانوادگی: ..... رشته و مدرک تحصیلی .....		
	* مربی پرورشی: <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> دارد: نام و نام خانوادگی: ..... رشته و مدرک تحصیلی .....		
* خدمتگذار: <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> دارد: نام و نام خانوادگی: ..... گواهی دوره بهداشت: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد			
تیم سلامت مدرسه	* نام و نام خانوادگی پزشک مرکز ذیربط مدرسه: .....		
	* نام و نام خانوادگی کاردان /کارشناس بهداشت محیط مرکز ذیربط مدرسه: .....		
	* نام و نام خانوادگی بهورز /مراقب سلامت، پایگاه سلامت جامعه / خانه بهداشت ذیربط مدرسه: .....		

۱/۲- فرم ثبت اطلاعات جمعیتی دانش آموزان مدرسه ..... در سال تحصیلی .....

[illegible]

**سال تحصیلی .....**

[illegible]

صور تجلسه کمیته ارتقای سلامت مدرسه

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

الف- پیگیری مصوبات قبل /دستور جلسه

.....

.....

.....

.....

ب- مصوبات جلسه:

شرح مصوبه	مسئول پیگیری / اجراکننده	زمان انجام

ج- حاضرین در جلسه:

نام و نام خانوادگی	سمت	امضا	نام و نام خانوادگی	سمت	امضا	مهر و امضای مدیر مدرسه

## ۲/ خدمات آموزشی و مروج سلامت

۲/۱- فرم ثبت فعالیت های آموزش سلامت در مدرسه .....

تاریخ آموزش	موضوع آموزش	گروه هدف			تعداد شرکت کننده	مدت آموزش به دقیقه	بسیج اطلاع رسانی	آموزش چهره به چهره/مشاوره	آموزش گروهی			پروایی نمایشگاه	برگزاری مسابقه			سایر (با ذکر نام)	شیوه آموزش	وسایل کمک آموزش	رسانه های آموزشی (تعداد)							نتیجه پیش آزمون	نتیجه پس آزمون	نام و نام خانوادگی، سمت و امضای مسئول برنامه
		والدین	کادر آموزشی	کادر پشتیبان*					دانش آموزان	پمفلت	فیلم/سی دی		روز نامه دیواری	کتاب/کتابچه	پلاکارد/بنر				سایر (با ذکر نام)	فرهنگی	هنری	ورزشی						

۱/۱/۳- فرم ثبت نتایج ارزیابی مقدماتی دانش آموزان مدرسه ..... توسط بهورز / مراقب سلامت

[illegible]



۳/۱/۳- فرم ثبت نتایج ارزیابی مقدماتی دانش آموزان مدرسه ..... توسط بهورز/ مراقب سلامت

[illegible]

۳/۲- فرم ثبت و پیگیری موارد ارجاعی ارزیابی مقدماتی و پزشکی دانش آموزان مدرسه ..... توسط بهورز / مراقب سلامت

[illegible]



#### ۴/ معاینات غربالگری و مراقبت های پزشکی

۴/۱/۱- فرم ثبت نتایج معاینات پزشکی دانش آموزان مدرسه ..... توسط پزشک عمومی

[illegible]

۴/۱/۲- فرم ثبت نتایج معاینات پزشکی دانش آموزان مدرسه ..... توسط پزشک عمومی

[illegible]

۴/۱/۳- فرم ثبت نتایج معاینات پزشکی دانش آموزان مدرسه ..... توسط پزشک عمومی

[illegible]

۴/۲- فرم ثبت و پیگیری ارجاعات تخصصی دانش آموزان مدرسه ..... توسط پزشک عمومی

[illegible]

## ۵/ خدمات بهداشتی، درمانی و مدیریت بیماری ها

۵/۱- فرم ثبت نتایج بررسی و مدیریت بیماری های واگیر در مدرسه ..... سال تحصیلی .....

نام بیماری		سه ماهه اول (پاییز)		سه ماهه دوم (زمستان)		سه ماهه سوم (بهار)		تعداد موارد تایید شده توسط پزشک	
		مشکوک به بیماری / اختلال	ارجاع	مشکوک به بیماری / اختلال	ارجاع	مشکوک به بیماری / اختلال	ارجاع	پاییز	زمستان
اسهال									
زرد زخم									
سرخک									
بدیکولوز									
هپاتیت									
سل									
بیماری های بثور جلدی									
مننژیت									
سایر بیماری ها	.....								
	.....								
	.....								
	.....								
جمع									

نام و نام خانوادگی / مهر و امضای مدیر مدرسه:

## ۵/۲- فرم ثبت و پیگیری وضعیت واکسیناسیون دانش آموزان

واکسیناسیون کودکان بدو ورود به دبستان					واکسیناسیون نوام دانش آموزان ۱۶- ۱۴ ساله				
تعداد واکسیناسیون		ناقص در زمان معاینات	کامل در زمان معاینات	تعداد موارد ناقصی که کامل شده است	تعداد واکسیناسیون		ناقص در زمان معاینات	کامل در زمان معاینات	تعداد موارد ناقصی که کامل شده است
کل	دانش آموزان هدف				کل	دانش آموزان هدف			
دختر					دختر				
پسر					پسر				
جمع					جمع				





۵/۵- فرم ثبت و پیگیری موارد سوانح و حوادث در مدرسه .....

نام و نام خانوادگی / مهر و امضای مسئول پیگیری کننده (مدیر مدرسه)	اقدامات به عمل آمده				نتیجه حادثه			شرح حادثه*								محل حادثه	پایه تحصیلی	کد ملی	نام و نام خانوادگی	تاریخ مراجعه / اعلام / پیگیری		
	سایر اقدامات (با ذکر مورد)	نتیجه ارجاع		انجام اقدامات اولیه بهداشتی و ارجاع فوری درمان سربایی	غیبت بیش از دو هفته	نقص عضو	فوت	نوع آسیب				نوع حادثه								روز	ماه	سال
		بستری	تحت درمان					آسیب های عمدی <sup>۸</sup>	زخم ها و جراحات <sup>۷</sup>	آسیب های سرمای <sup>۶</sup>	سوختگی ها <sup>۵</sup>	تصادفات نقلیه <sup>۴</sup>	سقوط از بلندی <sup>۳</sup>	ضربه یا شی <sup>۲</sup>	افتادن یا لیز خوردن از سطوح غیر بلند <sup>۱</sup>							

\* ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸ جهت راهنمایی بیشتر به راهنمای تکمیل پرونده سلامت مدرسه مراجعه شود.



۵/۶- 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

#### ۶/۱- فرم بیگیری اجرای اقدامات مورد نیاز در جهت ارتقای ایمنی و بهسازی محیط مدرسه

[illegible]

