بسمه تعالی

**پرسشنامه سلامت دانشجویان جدیدالورود در سال 1402**

|  |
| --- |
| **نام و نام خانوادگی**  ........................................................................................................... **رشته تحصیلی** ............................................................................ **مقطع تحصیلی** .........................................................................  **جنسیت: زن☐ مرد ☐ تاریخ تولد** ......... **/**  ........... **/** ...........**13 کد ملی** ....................................................................................................... **گروه خونی:** ..............................................  **قد (cm) :** .................................  **وزن (kg) :** ............................... **دارای دفترچه بیمه :** .................................................... **شماره تلفن همراه:** .............................................................................................  **آدرس محل سکونت فعلی دانشجو :** ..................................................................................................................................................................................................................  **تلفن ثابت:** ...................................................................... |
| 1. **ویروس کوید 19 :**   1 – آیا سابقه ابتلاء به کووید 19 را داشته اید؟ بلی ☐ خیر ☐  2 – تاکنون واکسن کووید دریافت کردیده اید؟ بلی ☐ خیر ☐ در صورت تایید نام واکسن ....................................... چند نوبت.............  3 – آیا اقوام درجه یک (پدر، مادر ، فرزند، همسر ، برادر و خواهر) سابقه ابتلا به ویروس را داشته اند؟ بلی ☐ خیر ☐  4 – اطلاعات سلامت و علایم تنفسی خود را در سمانه salamat.gov.ir ثبت کرده اید؟ بلی ☐ خیر ☐  5-آیا در گروه بیماران دچار نقص ایمنی زیر قرار دارید؟ الف: تحت درمان با کورتیکوئیدها ☐ ب: شیمی درمانی ☐  ج: پیوند اعضا ☐ چ: بدخیمی ها ☐ د: سایر ☐ .................................................... |
| 1. **سابقه پزشکی فرد : ( کدام یک از مشکلات زیر را تا کنون داشته اید ؟)**   گردش خون و قلب**:**  فشارخون بالا **☐** بیماری قلبی **☐** کم خونی تایید شده **☐** بی نظمی ضربان قلب **☐** سایر **☐** ........................ هیچکدام **☐**  گوارش و کبد:  مشکلات بلع غذا **☐** ترش کردن مکرر **☐** ناراحتی معده و اثنی عشر **☐** حالت تهوع مکرر **☐** هپاتیت B یا C **☐** زردی یا یرقان : **☐** اسهال مزمن **☐** یبوست مزمن **☐** سایر **☐** هیچکدام **☐**  بینایی:  کوررنگی **☐** دوبینی **☐** کاهش دید **☐** سایر **☐** هیچکدام **☐**  گوش و حلق و بینی:  خونریزی مکرر بینی **☐** وزوزگوش **☐** کاهش شنوایی **☐** سینوزیت مزمن **☐** سایر **☐** هیچکدام **☐**  مغز و اعصاب:  از دست دادن هوشیاری **☐** سردرد مکرر **☐** صرع و تشنج **☐** سرگیجه دوره ای **☐** سایر **☐** هیچکدام **☐**  ادراری – تناسلی:  سنگ کلیه **☐** عفونت ادراری **☐** عفونت دستگاه تناسلی **☐** سایر **☐** هیچکدام **☐**  دستگاه تنفسی:  عفونت مکرر تنفسی **☐** سرفه بیش از دو هفته **☐** آسم **☐** تنگی نفس **☐** سایر **☐** هیچکدام **☐**  پوست:  آکنه **☐** عفونت های پوستی(قارچ و....) **☐** سایر **☐** هیچکدام **☐**  سایر موارد:  چربی خون بالا **☐** دردهای اسکلتی – عضلانی **☐** مشکلات مادرزادی **☐** دیابت ( بیماری قند) **☐** اختلال تیروئید **☐**  احساس خستگی مزمن **☐** تب روماتیسمی **☐** سل **☐** اختلال در خواب **☐** سایر **☐** هیچکدام **☐**  سابقه خانوادگی:  کدام یک از موارد زیر در خانواده درجه یک شما (پدر، مادر، خواهر و برادر) وجود دارد؟  فشارخون بالا **☐** چربی خون بالا **☐** سابقه سکته قلبی زیر پنجاه سال **☐** سرطان **☐** سل  **☐**  چاقی **☐** آلرژی **☐** بیماری اعصاب و روان **☐** بیماری کلیوی **☐** سکته مغزی  **☐**  اختلال تیروئید **☐** مصرف دخانیات ( سیگار، پیپ و قلیان) **☐** هیچکدام |
| **امضا و تاریخ تکمیل:**  **صحت کلیه موارد فوق را تأیید می نمایم.** |