

**مرکز بهداشت و درمان**

**کاربرگ خلاصه وضعیت جسمی دانشجو برای طرح در شورای بررسی موارد خاص دانشگاه**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| نام و نام خانوادگي: | رشته تحصیلی: | شماره دانشجويي: | سهمیه: |
| سال ورود: ................... | نیمسال اول🞏 | نیمسال دوم 🞏 | دوره: روزانه🞏 شبانه🞏 |
| مقطع تحصیلی: | سن: | | |
| وضعیت تاهل: | محل سکونت: | شماره تماس: | معدل کتبی دیپلم: |
| تعداد نیمسال­های مشروطي: | تعداد واحدهاي اخذ شده: | تعداد واحدهای گذرانده: | تعداد واحدهای باقی مانده: |
| آخرین نیمسال تحصیلی: | معدل کل: | | |
| وقفه تحصیلی: | دارد🞏 | ندارد🞏 | چند نیمسال وقفه دارد؟ |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **معدل نیمسال های تحصیلی:** | | | | |
| اول: | سوم: | پنجم: | هفتم: | نهم: |
| دوم: | چهارم: | ششم: | هشتم: | دهم: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **مشکلات جسمی و بیماری مرتبط با افت تحصیلی:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. بیماری خود دانشجو 🞏 | | 2. بیماری افراد درجه یک 🞏 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. نام بیماری: | | 4. تاریخ تشخیص بیماری: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **5. سابقه بستری:** | | دارد 🞏 | | | | | | ندارد🞏 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **6. وضعیت بیماری:** | | بهبود یافته 🞏 | | | | | | تحت درمان 🞏 | | | منجر به عارضه 🞏 | | | | | | منجر به فوت(مربوط به خانواده) 🞏 | | | | | | | |
| **7. داروهای مصرفی: .................** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **8. اقدامات تشخیصی انجام گرفته:** | | | آزمایش🞏 | | | | | رادیوگرافی🞏 | | | سی تی اسکن 🞏 | | | | | | | MRI 🞏 | اکوکاردیوگرافی🞏 | | | | اسکن قلبی 🞏 | |
| نوار مغزی🞏 | اندوسکوپی🞏 | | | | | | کولونوسکوپی🞏 | | | | سونوگرافی🞏 | | | | نوار عصب- عضله🞏 | | | | | | | سنجش تراکم استخوانی🞏 | | |
| آنژیوگرافی🞏 ماموگرافی🞏 سایر: .......... | |  | | | | | تست ورزش🞏 | | | | شنوایی سنجی🞏 | | | | | بینایی سنجی🞏 | | | | | اسپیرومتری🞏 | | |  |
| **8. اقدامات درمانی:** | | دارودرمانی 🞏 | | | | | | شیمی درمانی 🞏 | | | | | جراحی 🞏 | | | | | فیزیوتراپی 🞏 | | | رادیوتراپی 🞏 | | | سایر ... |
| **9. مستندات قابل ارائه: ..................................** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10. **– بیماری ذکرشده** توجیه کننده مشکلات آموزشی دانشجو **می باشد** | | | | | | | | | | بله 🞏 | | | | خیر 🞏 | | | | | | | | | | |
| **11. توانایی فعلی برای ادامه تحصیل:** | | | | | دارد 🞏 | ندارد 🞏 | | | نیازمند اظهارنظر پزشک متخصص می باشد 🞏 | | | | | | | | | | | پس از بهبودی مجددا بررسی شود🞏 | | | | |
| **12. نظر نهایی کارگروه:** | | | | | حداکثر مساعدت به عمل آید🞏 | | | | | | | در صورت امکان، مساعدت گردد🞏 | | | | | | | | | طبق مقررات رفتار گردد🞏 | | | |
| **13. توضیحات: ...............................................** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **نام و امضای اعضای کارگروه بررسی موارد خاص مرکز بهداشت و درمان دانشگاه:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | رئیس مرکز | | | | | | | | | پزشک معتمد | | | | | | | | کارشناس آموزش | | | |
| تاریخ تنظیم صورتجلسه: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |