

کد مدرک : RC.RO.AP.FR.01

/00



سازمان امداد و نجات

شناسنامه سلامت

امدادگران و نجاتگران



Relief and Rescue Organization

Relief Workers Health
Certificate

محل الصاق
عکس

مشخصات فردی داوطلب

این قسمت توسط خود فرد تکمیل می گردد :

نام:	وزن:
نام خانوادگی:	رنگ چشم:
نام پدر:	سایز کفش:
تاریخ تولد:	رنگ مو:
شماره شناسنامه:	نوع بیمه درمانی:
شماره سریال شناسنامه :	وضعیت نظام وظیفه:
محل صدور:	نوع گواهینامه رانندگی:
شماره کدملی:	شغل:
محل سکونت استان /شهرستان:	محل کار:
آدرس محل سکونت :	آدرس محل کار:
کدپستی محل سکونت:	وضعیت استخدامی (در صورت اشتغال به کار در خارج از جمعیت):
شماره تلفن محل سکونت	وضعیت تحصیلی:
شماره تلفن همراه:	رشته تحصیلی:
شماره تلفن محل کار:	تاریخ اخذ مدرک:
شماره تلفن ضروری:	تاریخ عضویت داوطلبی :
وضعیت تاهل:	تخصص های ورزشی:
تعداد فرزند:	درجه امدادگری:
گروه خون:	تاریخ اخذ آخرین درجه امدادگری:
قد:	آدرس الکترونیکی:

محل امضاء داوطلب

شماره داوطلبی (کد ملی):

نام و نام خانوادگی داوطلب:

بررسی سابقه بیماری خانوادگی: (این قسمت توسط خود فرد تکمیل می گردد)

نوع بیماری یا مشکل افراد مبتلا	داریت	بیماری قلبی عروقی زودرس	سنگه سغزی	چربی های بالای خون	قشار خون بالا	سرطان	هیپرت	بیماریهای کلیوی	ایبز	تشنج و صرع	بیماریهای اعصاب و روان	بیماریهای ژنتیکی ارثی	بیماریهای تیروئید (کم کاری و پرکاری)	السرگی	اضطراب	بی خوابی	پرکاری بیش از اندازه	عقب مانگی ذهنی	مغزپشت مادرزادی	بیماریهای کبدی	اسم و آلرژی فصلی	تالاسمی یا هموفیلی	اختیاد	سایر بیماریها با ذکر نام	
پدر	دارد																								
مادر	ندارد																								

بررسی سوابق بیماری توسط فرد: (این قسمت توسط خود فرد تکمیل می گردد)

نوع بیماری	بلی	خیر	نمی دانم	نوع بیماری	بلی	خیر	نمی دانم	نوع بیماری	بلی	خیر	نمی دانم	نوع بیماری	بلی	خیر	نمی دانم	نوع بیماری	بلی	خیر	نمی دانم	
																				بیماریهای عروقی
اختلالات خون	منزیت			کم خونی تایید شده توسط آزمایش خون				کم خونی تایید شده توسط آزمایش خون												
	سل			حساسیت به باکلا (ناویم)				حساسیت به باکلا (ناویم)												
	ایبز			تالاسمی				تالاسمی												
	زردی (هیپرت)			هموفیلی				هموفیلی												
ریه	تب روماتیسمی			سایر موارد، توضیح دهید				سایر موارد، توضیح دهید												
	تب مالت			آسم				آسم												
	سایر ذکر شود			آلرژی تنفسی				آلرژی تنفسی												
	حساسیت پوستی			سرفه طولانی				سرفه طولانی												
قلب عروقی	بیماریهای عروقی پوستی (فارچ و...)			عفونت ریه				عفونت ریه												
	روش غیر طبیعی مو			سایر				سایر												
	سایر ذکر شود			بیماریهای دریچه ای				بیماریهای دریچه ای												
	حساسیت پوستی (کونژکتویت)			فشار خون بالا				فشار خون بالا												
عقد و متابولیسم	کاتارکت و آب مروارید			حملات تپش قلب یا بی نظمی در تپش قلب				حملات تپش قلب یا بی نظمی در تپش قلب												
	کاهش دید			سایر				سایر												
	سایر ذکر شود			دیابت				دیابت												
	کاهش شنوایی			پرکاری تیروئید-بیماریهای تیروئید				پرکاری تیروئید-بیماریهای تیروئید												
استخوانی	سنوزیت مزمن			کم کاری تیروئید				کم کاری تیروئید												
	حساسیت			جربی خون بالا				جربی خون بالا												
	خونریزی مکرر از بینی			درد کمر				درد کمر												
	سایر موارد، توضیح دهید			بیماریهای روماتیسمی				بیماریهای روماتیسمی												
کلیوی	زخم معده (درد های بالای شکم که با خوردن غذا و ترسگی تشدید می شود)			تغییر شکل اندام				تغییر شکل اندام												
	حساسیت گوارشی به مواد غذایی			سایر				سایر												
	سوزش سر دل، ترش کردن، یزکت مواد غذایی			سنگ کلیه یا مثانه				سنگ کلیه یا مثانه												
	یبوست مزمن			عفونت های ادراری				عفونت های ادراری												
سابقه	اسهال مزمن			ترشح غیر طبیعی از مجاری ادرار				ترشح غیر طبیعی از مجاری ادرار												
	یرقان (زردی)			سایر				سایر												
	سایر موارد																			

بررسی سابقه پزشکی، بیمارستانی و درمانی: (این قسمت توسط خود فرد تکمیل می گردد)

شرح سابقه درمانی (بار)	سابقه تزریق خون دارد			سابقه بستری دارد			سابقه حساسیت دارویی دارد-نوع داروهای مصرفی				سابقه عمل جراحی دارد	
	بلی	خیر	علت/نوع گروه خون	بلی	خیر	علت	نوع دارویی که به آن حساسیت دارد			بلی	خیر	
							پنی سیلین	آسپرین	سایر با ذکر نوع			

شماره داوطلبی (کدملی):

نام و نام خانوادگی داوطلب:

ارزیابی های پزشکی (این قسمت توسط پزشک تکمیل می گردد)

اندازه گیری:					نبض.....تنفس.....درجه حرارت..... فشار خون	
شرح موارد مورد بررسی					تاریخ مورد بررسی:	
ملاحظات	اقدامات تخصصی			نتیجه ارجاع		ارجاع
	مشاوره	جراحی	درمان سرپایی	عدم تأیید بیماری	تأیید بیماری	
						نتیجه بررسی (بلی: وجود مشکل/خبر عدم وجود مشکل)
						BMI بررسی
						قد به سانتیمتر:
						وزن به کیلوگرم:
						سن:
						نمره BMI:
						Visual activity بی عینک
						Visual activity با عینک
						OD.....
						OS.....
						OD.....
						OS.....
						تغییر رنگ اسکلرا
						کونژکتویت
						سایر
						تجمع سرم
						سایر
						پولیپ
						انحراف بیش از حد سینوس
						سایر
						PND
						هیپرتروفی اوزه
						سایر
						تیر و مکالی
						اهدنیانی
						سایر
						یافته غیر طبیعی در معاینه قلب
						یافته غیر طبیعی در ریه
						یافته غیر طبیعی در شکم
						دفور مینی
						سایر
						ضعف عضلانی
						سایر یافته های غیر طبیعی
						اختلال وسواسی - اجباری
						اختلال تیک
						اختلال افسردگی اساسی
						اختلال دو قطبی
						اختلال اضطرابی
						اختلالات سایکوتیک
						سایر
						اختلال در اعصاب حسی
						اختلال در اعصاب حرکتی
						سایر
						رشد و شپش
						درمانیت
						سایر
						سایر یافته ها

خیر	بلی	نوع فعالیت	خیر	بلی	نوع فعالیت
		آیا آبسه دندانی یا فیستول دارد؟			آیا دندان مصنوعی دارد یا خیر؟
		آیا دندان درد دارد؟			آیا در دهان ضایعه یا زخم بیش از دو هفته دارد؟
علت	تاریخ	تاریخ آخرین مراجعه او به دندانپزشک کی و به چه علت بوده است؟			آیا خونریزی از لثه دارد؟

یاد آوری : در صورت نیاز به آزمایشات خاص می بایست تمهیدات لازم توسط مرکز سلامت صورت پذیرد.

- بررسی وضعیت ایمن سازی : (این قسمت توسط پزشک تکمیل می گردد)

وضعیت واکسیناسیون			نوع واکسن
نمی دانم	خیر	بلی	
			آیا ۳ دوز کامل واکسن هیپاتیت B دریافت کرده اید؟
			آیا بعد از دریافت واکسن هیپاتیت تیتر واکسن هیپاتیت B انجام شده است؟
			آیا واکسن کزاز دریافت کرده اید؟
			آیا واکسن هاری دریافت شده است؟ (این قسمت فقط برای پرسنل آنست در نظر گرفته شود)

اینجانب متعهد می گردم در صورتی که بر اساس کتمان در پاسخگویی به سوالات ، یا خللی در فرآیند بررسی وضعیت سلامتم ایجاد شود به نوعی که منجر به خسارت های جسمی ، روحی یا معنوی در آینده گردد ، پزشک معاینه کننده هیچگونه مسئولیتی بر عهده نخواهد داشت. و خسارات وارده به جمعیت توسط مراجع ذیصلاح قابل رسیدگی است.

نام و نام خانوادگی و امضاء معاینه شونده

- اظهار نظر پزشک عمومی :

آقای / خانم	مبتلا به بیماری / اختلال می باشد <input type="checkbox"/> نمی باشد <input type="checkbox"/> نوع بیماری :
درمان سرپایی	انجام نگرفت <input type="checkbox"/> انجام گرفت <input type="checkbox"/>
نیاز به معاینه تکمیلی و تخصصی و ارجاع	ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> نیاز به ارجاع به می باشد.
نیاز به مراقبت ویژه	ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> مراقبت ویژه مورد نیاز می باشد.
آزمایشات مورد نیاز	CBC diff-FBS-TG-cholesterol-U/A-SGOT-SGPT-ALKP-Ca-P-VitD3-TSH-T3-T4-PSA
نیاز به پیگیری	ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> نتیجه پیگیری
نیاز به آزمایشات تکمیلی
نتایج مهم بررسی های پاراکلینیک
فعالیت ورزشی	بدون محدودیت <input type="checkbox"/> دارای محدودیت <input type="checkbox"/> علت <input type="checkbox"/> معاف موقت <input type="checkbox"/> معاف دائم در صورت معاف موقت بودن مدت معافیت
مهر و امضاء پزشک عمومی به استناد نظرات پزشک متخصص / فوق تخصص از روی برگ ارجاع	
تاریخ	

- سایر معاینات / ارجاعات و پیگیری های به عمل آمده (توسط پزشکان عمومی)

تاریخ معاینه	نوع اختلال / بیماری	تاریخ ارجاع	محل ارجاع	نتیجه ارجاع	توصیه ها

یادآوری : پزشک می بایست در صورت مشکوک شدن امدادگر به اعتیاد ، اقدامات لازم را جهت رفع ابهامات بعمل آورد. (ارجاع به آزمایشگاه)

فرم شماره ۵

شناسنامه سلامت امدادگران و نجاتگران



سازمان امداد و نجات

آقای / خانم مبتلا به بیماری / اختلال می باشد.			توصیه های پزشک متخصص / فوق تخصص
معرفی به بیمارستان	معرفی برای آزمایشات پاراکلینیکی	تجویز دارو	اقدامات پزشک متخصص / فوق تخصص
تاریخ مهر و امضاء پزشک عمومی به استناد نظرات پزشک متخصص / فوق تخصص از روی برگ ارجاع			

فرم شماره ۶

شناسنامه سلامت امدادگران و نجاتگران



شماره داوطلبی (کد ملی) :

نام و نام خانوادگی داوطلب :

فهرست زیر در مورد بخشی از مسائل و مشکلاتی است که ممکن است شما با آن روبرو شده باشید. لطفاً هر یک از عبارات را به دقت بخوانید و پاسخ دهید که این مشکل از هفته گذشته تا به حال چه اندازه برای شما رخ داده است. خواهشمند است پاسخ های خود را با علامت (✓) مشخص کنید.

ردیف	عبارات	هیچ وقت	کمی	گاهی	همیشه
۱	برایم مشکل است که آرام بگیرم .				
۲	متوجه شده ام که دهانم خشک می شود .				
۳	فکر نمی کنم بتوانم هیچ نوع احساس خوبی را تجربه کنم .				
۴	تنفس کردن برایم مشکل است .				
۵	برایم سخت است که در انجام کار پیش قدم شوم .				
۶	به موقعیت هایم به طور افراطی واکنش نشان می دهم .				
۷	در بدنم احساس لرزش می کنم(مثلاً دست ها و پاها) .				
۸	احساس می کنم انرژی روانی بسیاری مصرف می کنم .				
۹	نگرانم که مبادا در بعضی موقعیت ها دچار ترس شوم یا به کار احمقانه ای دست بزنم .				
۱۰	احساس می کنم چیزی ندارم که منتظرش باشم .				
۱۱	خودم را پریشان و سر درگم احساس می کنم .				
۱۲	آرام بودن و در آرامش به سر بردن برایم مشکل است .				
۱۳	احساس دل مردگی و دل شکستگی دارم .				
۱۴	نسبت به هر چیزی که مرا از کار باز دارد بی تحمل و نابدبارم .				
۱۵	احساس می کنم که هر لحظه ممکن است دچار ترس و وحشت شوم .				
۱۶	قادر نیستم درباره ی خیلی چیزها شور و اشتیاقی از خود نشان دهم .				
۱۷	احساس می کنم به عنوان یک فرد ارزش زیادی ندارم .				
۱۸	فکر می کنم بسیار حساس و زود رنج هستم .				
۱۹	بدون این که هیچ گونه فعالیت بدنی انجام دهم، متوجه شده ام که قلبم غیر عادی کار می کند (مثلاً ضربان شدید قلب یا از کار افتادن آن برای چند لحظه).				
۲۰	بدون هیچ دلیل موجهی احساس ترس می کنم .				
۲۱	احساس می کنم زندگی بی معنا است .				

فرم شماره ۷



شناسنامه سلامت امدادگران و نجاتگران

– اظهار نظر روانشناس :

آقای / خانم	مبتلا به اختلال..... می باشد.
-------------------	-------------------------------

معرفی به مراکز درمانی :

اقدامات روانشناس

تاریخ..... مهر و امضاء روانشناس

فرم شماره ۸



شناسنامه سلامت امدادگران و نجاتگران

شماره داوطلبی (کدملی) :

نام و نام خانوادگی داوطلب :

فرم ارزیابی سالانه امدادگرو نجاتگر

واکنش فرد پس از برخورد با واقعه ناراحت کننده

از کوره در رفتن	بی انگیزگی	بی حالی	پرخوابی	بد خوابی	خشم	وحشت
عدم ارتباط با دیگران	خستگی زود رس	عدم علاقه به کار گروهی	یأس و ناامیدی	از دست دادن علاقه	گریه بی دلیل	زود رنجی
انزواطلبی	افکار آشفته	شب کوری	ترس از خون	ترس از آب	ترس از فضای بسته	ترس از ارتفاع

توضیحات :

نام و نام خانوادگی روانشناس

امضاء