# دانشگاه علوم پزشکی قزوین

# دانشکده پزشکی شهید بابایی

# گروه پزشکی اجتماعی و خانواده




# فرمهای ارزیابی دانشجویان کارورزی توسط پزشک مرکز در فیلد شهری

آذر ماه ۱۳۹۸

**بسمه تعالی**

**پزشک محترم مرکز بهداشتی .....**

**سلام علیکم**

**احتراماً ، خواهشمند است فرمهای مربوط به ارزیابی دانشجویان کارورزی بعد از بررسی و ارزیابی از سوی آن مرکز پس از امضاء و احراز نمره نهایی به دفتر گروه پزشکی اجتماعی و خانواده ارسال گردد.**

**با تشکر**

**مدیر گروه پزشکی اجتماعی و خانواده**

**دکتر امنه باریکانی**

**فرم ارزیابی از دانشجویان توسط پزشک مرکز در فیلد روستا**

**آموزش عملی در مرکز بهداشت**

**مشاوره خدمات سلامت باروری و بدو تولد نوزاد**

| ردیف | تاریخ | نام مشاوره گیرنده | موضوع مشاوره | چکیده مشاوره | امتیاز مدرس از نمره ۲۰ |
|---|---|---|---|---|---|
| ۱ | | | | | |
| ۲ | | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

**نام و نام خانوادگی کارورز:** **تأیید مدرس و ارائه نمره از ۲۰ :**

**فرم ارزیابی از دانشجویان توسط پزشک مرکز در فیلد روستا**

**آموزش عملی در مرکز بهداشت**

**مشاوره خدمات سلامت کودکان و واکسیناسیون**

| ردیف | تاریخ | نام مشاوره گیرنده | موضوع مشاوره | چکیده مشاوره | امتیاز مدرس از نمره ۲۰ |
|---|---|---|---|---|---|
| ۱ | | | | | |
| ۲ | | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

**نام و نام خانوادگی کارورز:** **تأیید مدرس و ارائه نمره از ۲۰ :**

**فرم ارزیابی از دانشجویان توسط پزشک مرکز در فیلد روستا**

**آموزش عملی در مرکز بهداشت**

**مشاوره خدمات سلامت نوجوانان ، جوانان**

| ردیف | تاریخ | نام مشاوره گیرنده | موضوع مشاوره | چکیده مشاوره | امتیاز مدرس از نمره ۲۰ |
|---|---|---|---|---|---|
| ۱ | | | | | |
| ۲ | | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

**نام و نام خانوادگی کارورز:** **تأیید مدرس و ارائه نمره از ۲۰ :**

**فرم ارزیابی از دانشجویان توسط پزشک مرکز در فیلد روستا**

**آموزش عملی در مرکز بهداشت**

**مشاوره خدمات سلامت میانسالان و سالمندان**

| ردیف | تاریخ | نام مشاوره گیرنده | موضوع مشاوره | چکیده مشاوره | امتیاز مدرس از نمره ۲۰ |
|---|---|---|---|---|---|
| ۱ | | | | | |
| ۲ | | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

**نام و نام خانوادگی کارورز:** **تأیید مدرس و ارائه نمره از ۲۰ :**

**فرم ارزیابی از دانشجویان توسط پزشک مرکز در فیلد روستا**

**آموزش عملی در مرکز بهداشت**

**برنامه سلامت کشوری ( ایراپن و.... )**

| ردیف | تاریخ | نوع فعالیت | محل اجراء | خلاصه فعالیت انجام گرفته | امتیاز مدرس از نمره ۲۰ |
|---|---|---|---|---|---|
| ۱ | | | | | |
| ۲ | | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

**نام و نام خانوادگی کارورز:** **تأیید مدرس و ارائه نمره از ۲۰ :**

**فرم ارزیابی از دانشجویان توسط پزشک مرکز در فیلد روستا**

**آموزش عملی در مرکز بهداشت**

**انجام ارجاع و پیگیری آن ( اعصاب و روان و..... )**

| ردیف | تاریخ | نام بیمار | علت مراجعه | محل ارجاع | فیدبک ارجاع | امتیاز مدرس از نمره ۲۰ |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ۱ | | | | | | |
| ۲ | | | | | | |
| ۳ | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

**نام و نام خانوادگی کارورز:** **تأیید مدرس و ارائه نمره از ۲۰ :**

**آموزش عملی در مرکز بهداشت**

**تعیین عوامل خطر سلامت در جمعیت تحت پوشش**

**عنوان : تعین عامل خطر**

**ترسیم شبکه علیت برای عوامل خطر**

**راهکارهای مقابله با عوامل**

**نام و نام خانوادگی کارورز:** **تأیید مدرس و ارائه نمره از ۲۰ :**

**آموزش عملی در مرکز بهداشت**

**تعیین عوامل خطر سلامت در جمعیت تحت پوشش**

**عنوان : تعین عامل خطر**

**ترسیم شبکه علیت برای عوامل خطر**

**راهکارهای مقابله با عوامل ( ۱ )**

**نام و نام خانوادگی کارورز:** **تأیید مدرس و ارائه نمره از ۲۰ :**

**فرم ارزیابی از دانشجویان توسط پزشک مرکز در فیلد روستا**

**آموزش عملی در مرکز بهداشت**

**فعالیت غربالگری در سطح فرد و جامعه ( حداقل ۵ مورد فرد و یک مورد جامعه )**

| ردیف | تاریخ | نام مشاوره گیرنده | موضوع مشاوره | چکیده مشاوره | امتیاز مدرس از نمره ۲۰ |
|---|---|---|---|---|---|
| ۱ | | | | | |
| ۲ | | | | | |
| ۳ | | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

**فرم ارزیابی از دانشجویان توسط پزشک مرکز در فیلد روستا**

**آموزش عملی در مرکز بهداشت**

**فعالیت غربالگری در سطح فرد و جامعه ( حداقل ۹ مورد فرد و یک مورد جامعه )**

| ردیف | تاریخ | نام مشاوره گیرنده | موضوع مشاوره | چکیده مشاوره | امتیاز مدرس از نمره ۲۰ |
|---|---|---|---|---|---|
| ۴ | | | | | |
| ۵ | | | | | |
| ۶ | | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

**نام و نام خانوادگی کارورز:** **تأیید مدرس و ارائه نمره از ۲۰ :**

**فرم ارزیابی از دانشجویان توسط پزشک مرکز در فیلد روستا**

**آموزش عملی در مرکز بهداشت**

**تکمیل گواهی فوت ( ۱ مورد بصورت تمرینی ) برگه ضمیمه گردد**

**نام و نام خانوادگی کارورز:** **تأیید مدرس و ارائه نمره از ۲۰ :**

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

جمهوری اسلامی ایران
سازمان ثبت احوال کشور
«گـواهی فـوت»

سازمان پزشکی قانونی کشور

۱۱۲- ۸۴۴۰۱

**لطفاً قبل از تکمیل فرم مندرجات ظهر آن را مطالعه نمایید**

**مشخصات عمومی متوفی**

متوفی

۱- دارای شناسنامه است ☐ نیست ☐

توجه: درصورتیکه متوفی به دلیل سن کمتر از یک هفته فاقد شناسنامه است یا مرده متولد شده باشد، در قسمت مشخصات عمومی، نام خانوادگی پدر و سن و جنس متوفی ثبت شود.

نـام: ..... نام خانوادگی: ..... نام پدر: .....

شماره شناسنامه: ☐☐☐☐☐☐ شماره ملی: ☐☐☐-☐☐☐☐☐☐-☐

جنس متوفی: مذکر ☐ مؤنث ☐ نامشخص ☐

محل صدور شناسنامه: کشور ..... استان ..... شهرستان ..... بخش ..... شهر / روستا .....

**تاریخ**

تاریخ تولد: روز ☐☐ ماه ☐☐ سال ☐☐☐☐ تاریخ به حروف: .....

تاریخ فوت: روز ☐☐ ماه ☐☐ سال ☐☐☐☐ تاریخ به حروف: .....

**نشانی متوفی**

نشان محل سکونت دائمی متوفی: کشور ..... استان ..... شهرستان ..... بخش ..... شهر / روستا ..... خیابان ..... کوچه ..... پلاک ..... کد پستی: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

محل فوت: کشور ..... استان ..... شهرستان ..... بخش ..... شهر / روستا .....

وقوع فوت در: منزل ☐ بیمارستان / مرکز درمانی ☐ سایر ☐

**توجه: علائم بیماری و یا حالات نشانگان فوت همانند ایست قلبی، ایست تنفسی و ... نباید نوشته شوند.**

**علت فوت**

علت فوت (از روز هشتم تولد به بعد)

الف) آخرین بیماری یا وضعیتی که منجر به فوت شده است: .....

ب) بیماری یا وضعیتی که منجر به قسمت الف شده است: .....

ج) بیماری یا وضعیتی که منجر به قسمت ب شده است: .....

علت فوت

(برای مرده زایی یا فوت نوزاد تا هفت روز بعد از تولد) حاصل حاملگی: تولد زنده ☐ تولد مرده ☐

الف) بیماری یا وضعیت اصلی جنین یا نوزاد: .....

ب) سایر بیماری‌ها یا وضعیت های جنین یا نوزاد: .....

ج) بیماری یا وضعیت اصلی مادرکه روی جنین یانوزاد مؤثر است .....

د) سایر بیماری‌ها یا وضعیت های مادر که روی جنین یا نوزاد مؤثر بوده است .....

**مشخصات صادر کننده گواهی فوت**

نام و نام خانوادگی صادر کننده گواهی: .....

شماره نظام پزشکی: ..... نام مؤسسه: .....

مهر و امضاء پزشک / ماما

مهر و امضای مؤسسه

تاریخ صدور گواهی: روز ☐☐ ماه ☐☐ سال ☐☐☐☐

**جواز دفن**

**لطفاً قبل از تکمیل فرم مندرجات ظهر آن را مطالعه نمایید**

**دفن متوفی بلامانع است**

مهر و امضاء پزشک

نام و نام خانوادگی صادر کننده مجوز دفن ..... شماره نظام پزشکی .....

مادر (ن) خانوار ثبت گردد. ... نام و نام خانوادگی ... روز ... ماه ... سال ... تاریخ به حروف ... محل سکونت ...

دستگاه مجموعی ثبت احوال، نسخه سبز از طریق واحدهای تحت پوشش شهرداری، تحویل به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و نسخه زرد مخصوص سوابق پزشکی و مؤسسه

www.nesabzisn.blogfa.com

**فرم ارزیابی از دانشجویان توسط پزشک مرکز در فیلد روستا**

**آموزش عملی در مرکز بهداشت**

**آموزش گروهی ( حداقل یک مورد )**

| ردیف | تاریخ | نام مشاوره گیرنده | موضوع مشاوره | چکیده مشاوره | امتیاز مدرس از نمره ۲۰ |
|---|---|---|---|---|---|
| ۱ | | | | | |

**نام و نام خانوادگی کارورز:**

**تأیید مدرس و ارائه نمره از ۲۰ :**