

تاریخ :

فرم معاینات زائرین حج سال ۱۴۰۱

کدملی :

الصاق
عکس
الزامی است.
حتماً مهرور به مهر
مدیریت حج باشد.

پزشک محترم مجموعه
با سلام و احترام

بدینوسیله جناب آقای/ سرکار خانم فرزند متولد کد ملی
به عنوان زائر عوامل جهت بررسی سلامت و اعلام نظر معرفی می‌گردد.

امضاء

مدیر کاروان / مدیر مجموعه حج

شماره همراه متقاضی :

متقاضی گرامی لطفا نسبت به تکمیل فرم زیر اقدام فرمائید:

اینجانب که مقرر است به عنوان به حج سال ۱۴۰۱ مشرف شوم / خدمت کنم در کمال
صداقت اظهار می‌نمایم :

- | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> انجام نشده | <input type="checkbox"/> انجام شده | ➤ واکسیناسیون کامل کرونا (حداقل دو دوز) : |
| <input type="checkbox"/> هستم | <input type="checkbox"/> مبتلا نیستم | ➤ به هیچگونه بیماری صعب‌العلاج و بدخیمی: |
| <input type="checkbox"/> هستم | <input type="checkbox"/> مبتلا نیستم | ➤ به هیچگونه بیماری واگیردار اعم از هیپاتیت، سل ریوی : |
| <input type="checkbox"/> هستم | <input type="checkbox"/> مبتلا نیستم | ➤ به هیچگونه بیماری اعصاب و روان : |
| <input type="checkbox"/> دارم | <input type="checkbox"/> ندارم | ➤ سابقه سوءمصرف مواد مخدر و داروهای روان گردان: |
| <input type="checkbox"/> دارم | <input type="checkbox"/> ندارم | ➤ سابقه بستری اعصاب و روان: |

همچنین به جهت دقت در معاینات اعلام میدارم در حال حاضر مبتلا به بیماریهای زیر هستم یا سابقه موارد زیر را داشته‌ام
لطفا با دقت مطالعه کنید و علامت بزنید:

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> سابقه آندوسکوپي | <input type="checkbox"/> تب و تعریق شبانه | <input type="checkbox"/> کم خونی | <input type="checkbox"/> سردرد مزمن |
| <input type="checkbox"/> سابقه کولونوسکوپي | <input type="checkbox"/> ناراحتی‌های گوارشی | <input type="checkbox"/> کبد چرب | <input type="checkbox"/> اسهال مزمن |
| <input type="checkbox"/> بستری در CCU | <input type="checkbox"/> بیماری MS | <input type="checkbox"/> صرع | <input type="checkbox"/> افسردگی |
| <input type="checkbox"/> بستری ICU | <input type="checkbox"/> خلط خونی | <input type="checkbox"/> برونشیت مزمن | <input type="checkbox"/> آسم |
| <input type="checkbox"/> سابقه بستری | <input type="checkbox"/> سابقه جراحی | <input type="checkbox"/> کمردرد | <input type="checkbox"/> دیسک کمر |
| <input type="checkbox"/> بیماری قلبی | <input type="checkbox"/> سابقه دیالیز | <input type="checkbox"/> سنگ کلیه | <input type="checkbox"/> نارسایی کلیه |
| سال مصرف سیگار <input type="checkbox"/> تعداد در روز | سال فشارخون <input type="checkbox"/> | سال بیماری قلبی <input type="checkbox"/> | سال دیابت <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> سابقه ابتلا به کرونا |
- داروهای مصرفی شما چیست؟
توضیحات :

امضا

این برگه نزد پزشک نگهداری خواهد شد

تاریخ :

فرم معاینات زائرین حج سال ۱۴۰۱

کدملی :

نتایج :

High Risk Normal Risk

B.W:	Height:	BMI:
T:	RR:	PR:
BP:		علائم حیاتی:

P.M.H

- | | | |
|---------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> DM | <input type="checkbox"/> MS | <input type="checkbox"/> Personality disorder |
| <input type="checkbox"/> IHD | <input type="checkbox"/> CVA | <input type="checkbox"/> Dementia |
| <input type="checkbox"/> HTN | <input type="checkbox"/> Epilepsy | <input type="checkbox"/> PTSD |
| <input type="checkbox"/> HLP | <input type="checkbox"/> Malignancy | <input type="checkbox"/> Depression |
| <input type="checkbox"/> MI | <input type="checkbox"/> CRF | <input type="checkbox"/> Mania |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> COPD | <input type="checkbox"/> Lumbar Discopathy |
| | | <input type="checkbox"/> Muscou Skeletal Disease |

Lab .Test

- | | | | |
|--|---------------------|-------------------|--|
| Hb: | FBS: | TG: | *Widal: |
| HCT: | HBA _{1C} : | Chol: | *HBS Ag: |
| ESR: | AST: | HDL: | *Stool Ex (op) ×۲: |
| WBC: | ALT: | LDL: | *Stool Culture: |
| PLT: | ALKP: | BhCG: | *Skin fungal & infection: |
| BUN: | Cr: | U/A: | **TLC (op.t) Neg <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> |
| EKG: Norm <input type="checkbox"/> Abnormal <input type="checkbox"/> | Occult Blood: | Stool Ex (op) ×۱: | |
| C.X.R: Norm <input type="checkbox"/> Abnormal <input type="checkbox"/> | Stool Ex (op) ×۲: | | |

* ویژه عوامل مجموعه، کاروان، آشپزخانه و مأمورین پذیرایی علاوه بر سایر آزمایشات
** کلیه عوامل حج و زائرینی که احتمال مصرف مواد مخدر را دارند مورد بررسی قرار می‌گیرند.

Past Drug History:

- نام بیماری‌های زمینه‌ای یا مزمن دیگر: که در حال حاضر تحت کنترل و درمان می‌باشد نمی‌باشد
 - سابقه عمل جراحی یا بستری در بیمارستان دارد؟ خیر بله، علت
 - حساسیت دارویی دارد؟ خیر بله، نام دارو:
 - سمک- اندام مصنوعی خیر بله، نام اندام:
- نتایج مشاوره‌های تخصصی انجام شده

نظریه نهایی پزشک :

در حال حاضر سالم و قادر به اعزام می‌باشد .

نیاز به کنترل بیماری و رعایت دستورات و استفاده از دارو، ولی قادر به اعزام می‌باشد .

به علت بیماری، نیازمند به درمان و کنترل بیماری بوده و قادر به اعزام به عنوان در حج سال جاری نمی‌باشد.

مهر و امضای پزشک مجموعه

..... : سبک زندگی :

این برگه نزد پزشک نگهداری خواهد شد



تاریخ :

فرم معاینات زائرین حج سال ۱۴۰۱

کدملی :

مدیر محترم مجموعه / کاروان شماره

با سلام و احترام

متقاضی معرفی شده فوق خانم/ آقای بر اساس معاینات کلینیکی و نتیجه آزمایشات اخذ شده

طبق دستورالعمل‌های صادره مرکز پزشکی حج و زیارت جمعیت هلال احمر :

در حال حاضر سالم و قادر به اعزام می‌باشد .

نیاز به کنترل بیماری و رعایت دستورات و استفاده از دارو دارد ولی قادر به اعزام می‌باشد .

به علت بیماری، نیازمند به درمان و کنترل بیماری بوده و قادر به اعزام به عنوان در حج سال جاری نمی‌باشد.

مهر و امضای پزشک مجموعه

جناب آقای / سرکار خانم :

ضمن تشکر از همکاری شما

ارزیابی سلامت و معاینات شما در تاریخ انجام و شما :

در حال حاضر سالم و قادر به اعزام می‌باشد.

نیاز به کنترل بیماری و رعایت دستورات و استفاده از دارو، ولی قادر به اعزام می‌باشد .

به علت بیماری، نیازمند به درمان و کنترل بیماری بوده و قادر به اعزام به عنوان در حج سال جاری نمی‌باشد.

دستورات اصلاح سبک زندگی :

دستورات دارویی :

مهر و امضای پزشک مجموعه