1/ مشخصات کلی مدرسه/هماهنگی و برنامه ریزی فعالیت ها

1/1- فرم ثبت اطلاعات عمومی و پایه مدرسه

|  |  |
| --- | --- |
| مشخصات اداری و ساختمانی  | **\* نام مدرسه: .............................................................................................................** کد/ شناسه مدرسه:  **............................................................................... 🞏** مدرسه مروج سلامت **\* 🞏 پسرانه**  **🞏 دخترانه**   **🞏 مختلط تعداد شيفت(نوبت تحصيل) در يك شبانه روز: .............................. \* مساحت مدرسه به متر مربع: .....................................** **\*دوره تحصیلی : 🞏 دوره اول ابتدایی 🞏 دوره دوم ابتدايي 🞏 دوره اول متوسطه 🞏 دوره دوم متوسطه** **\* تعداد كل دانش آموزان: ............................... \* تعداد دانش آموزان شيفت غالب مدرسه: .............................. \* تعداد دانش آموزان عشاير: ..........................****\* تعداد طبقات مدرسه با احتساب طبقه همكف: ................ 🞏زير زمين جزو فضاي آموزشي محسوب مي شود \* تعداد كل كلاس های درس: ...................... \*حداكثر تعداد دانش آموزان كلاس: .................** **\* نوع مدرسه: 🞏 روزانه 🞏 شبانه 🞏 شبانه روزي 🞏 استثنايي 🞏 عشايري 🞏هنرستان فني و حرفه اي 🞏 مجتمع آموزشي** **\* نوع ساختمان مدرسه: 🞏 نوساز 🞏 قديمی 🞏 مقاوم سازي در مقابل زلزله 🞏 چادر 🞏 كپر 🞏 خشت و گل 🞏 كانتينر 🞏 ساير (با ذكر نام): ......................................****\* نوع مالكيت مدرسه: 🞏 دولتی 🞏 استيجاري (دولتي) 🞏 غير انتفاعی 🞏 خير ساز 🞏 ساير(با ذكر نام) .........................................................................****\* سيستم حرارتي مدرسه: 🞏 بخاري گازي 🞏 بخاري نفتي 🞏 شوفاژ 🞏 ساير.................. 🞏ندارد \* سيستم برودتي مدرسه: 🞏كولر گازي 🞏 كولر آبي 🞏پنكه 🞏 ساير ................ 🞏 ندارد****\* سيستم گرمايي و برق مدرسه توسط متخصصان آتش نشاني و برق: 🞏 كنترل مي شود 🞏كنترل نمي شود فضای کلاس ها متناسب با تعداد دانش آموزان می باشد🞏 نمی باشد. 🞏 شبکه آبرسانی دارد🞏 ندارد🞏 سیستم جمع آوری فاضلاب دارد🞏 ندارد🞏 تهویه کلاس ها مناسب هست 🞏 نیست 🞏 نور کلاس ها مناسب هست 🞏 نیست🞏**  |
| خدمات بهداشتی مدرسه | **\* پايگاه تغذيه سالم استاندارد1: 🞏 دارد: ( 🞏 با مجوز 🞏 بدون مجوز ) 🞏 ندارد** **\* اتاق بهداشت استاندارد2: 🞏دارد (🞏 مستقل با تجهيزات كامل 🞏 مستقل با تجهيزات ناقص 🞏مشترك با تجهیزات کامل 🞏 مشترک با تجهیزات ناقص) 🞏 ندارد****\* آيا خدمات سلامت روان و مشاوره ای3 در مدرسه طبق دستورالعمل اجرا می گردد؟ 🞏 بلی 🞏 خير****\* آيا خدمات پايگاه تغذيه سالم4 در مدرسه طبق دستورالعمل اجرا می گردد؟ 🞏 بلی 🞏 خير** **\* زمان متوسط فعاليت بدنی دانش آموزان در مدرسه در روز (با احتساب زنگ ورزش و زنگ تفريح بر اساس برنامه درسی دانش آموز) چقدر است؟ 🞏 كم تر از نيم ساعت نيم تا يك ساعت 🞏 بيش تر از يك ساعت**  **\* سفیران سلامت دانش آموزی در مدرسه5: 🞏دارد ( 🞏 یک نفر در هر کلاس) 🞏 ندارد**  |
| نیروی انسانی مدرسه  | **\* نام و نام خانوادگی مدير مدرسه: .......................................................... رشته و مدرك تحصیلی ........................................................ تلفن همراه: .................................................** **\* مراقب سلامت مدرسه: 🞏 دارد: نام و نام خانوادگی: ............................................... رشته و مدرک تحصیلی .............................................................................. 🞏 ندارد** **\* در صورتی که مراقب سلامت مدرسه ندارد، معلم رابط بهداشت: 🞏 دارد: نام و نام خانوادگی: ................................................... رشته و مدرک تحصیلی ..................................................... 🞏 ندارد****\* مربی ورزش: 🞏 دارد: نام و نام خانوادگی: .......................................................................... رشته و مدرک تحصیلی .................................................... 🞏 ندارد** **\* خدمتگزار: 🞏 دارد: نام و نام خانوادگی: ............................................................................. 🞏 ندارد گواهی دوره بهداشت: 🞏 دارد 🞏 ندارد****\* خدمتگزار: 🞏 دارد: نام و نام خانوادگی: ............................................................................. 🞏 ندارد گواهی دوره بهداشت: 🞏 دارد 🞏 ندارد****\* خدمتگزار: 🞏 دارد: نام و نام خانوادگی: ............................................................................. 🞏 ندارد گواهی دوره بهداشت: 🞏 دارد 🞏 ندارد** |
| شورای ارتقا سلامت مدرسه | **\* نام و نام خانوادگی اعضاء شورای سلامت مدرسه: مدیر مدرسه(رئیس): ..................................................... مراقب سلامت مدرسه/ رابط بهداشت مدرسه(دبیر): .......................................................................****مراقب سلامت پايگاه سلامت / بهورز ذیربط مدرسه: ......................................... نماینده دانش آموزان/ شورای دانش آموزی:............................................ نماینده معلمان:..........................................................** **نماینده انجمن اولیاء مربیان: ................................................. مسئول بوفه:............................................................ نماینده شورای محلی: ........................................... مراقب سلامت پایگاه:.......................................**  |

5،4،3،2،1: مطابق ضمائم شماره 1 ، 2 ، 3، 4، 5 در راهنمای تکمیل پرونده سلامت مدرسه

\*2/1- فرم ثبت اطلاعات جمعيتي دانش آموزان مدرسه ........................................

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **تبعیت** |  **دوره ، پايه** **تحصيلی** **جنس** |  **دوره اول ابتدایی** | **دوره دوم ابتدایی** | **دوره متوسطه اول**  | **دوره متوسطه دوم** | **كل** |
| **اول** | **دوم**  | **سوم**  | **چهارم** | **پنجم**  | **ششم**  | **هفتم**  | **هشتم**  | **نهم** | **دهم**  | **يازدهم**  | **دوازدهم**  |
| **ایرانی** | **دختر** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **پسر** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **كل** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **غیر ایرانی** | **دختر** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **پسر** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **كل** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **جمع کل** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

سال تحصیلی ......................

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **تبعیت** |  **دوره ، پايه** **تحصيلی** **جنس** |  **دوره اول ابتدایی** | **دوره دوم ابتدایی** | **دوره متوسطه اول**  | **دوره متوسطه دوم** | **كل** |
| **اول** | **دوم**  | **سوم**  | **چهارم** | **پنجم**  | **ششم**  | **هفتم**  | **هشتم**  | **نهم** | **دهم**  | **يازدهم**  | **دوازدهم**  |
| **ایرانی** | **دختر** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **پسر** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **كل** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **غیر ایرانی** | **دختر** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **پسر** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **كل** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **جمع کل** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\*براساس سوال دوره تحصیلی صفحه اول(فرم 1/1) بخش های لازم فعال شود.

2/خدمات آموزشي

1/2- **فرم ثبت فعالیت های آموزش سلامت در مدرسه ...................................**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **تاریخ آموزش** | **موضوع آموزش** |  | **گروه هدف** | **تعداد شرکت کننده** | **مدت آموزش به دقیقه** | **مداخلات و روش های آموزشی**  | **شیوه آموزش** | **وسایل کمک آموزش** | **رسانه های آموزشی (تعداد)** | **نتیجه پیش آزمون** | **نتیجه پس آزمون** | **نام و نام خانوادگی ، سمت و امضای مسئول برنامه** |
| **والدين** | **كاركنان** |  | **دانش آموزان** | **بسیج اطلاع رسانی** | **آموزش چهره به چهره/ مشاوره** | **آموزش گروهی** | **برپائی نمایشگاه** | **برگزاری مسابقه** | **سایر (با ذکر نام)** | **پوستر** | **پمفلت** | **فیلم/ سی دی** | **روز نامه دیواری** | **کتاب/كتابچه** | **پلاكارد/بنر** | **سایر(با ذكر نام)** |
| **کادر مدیریتی** | **کادر آموزشی** | **کادر پشتیبان\*** | **جلسه/ کلاس** | **کارگاه**  | **همایش** | **ورزشی** | **هنری** | **فرهنگی** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**\* کادر پشتیبان: کادر خدمات، مسئول پایگاه تغذیه، رانندگان سرویس، سفیران سلامت دانش آموزی و ..........**

 2/2- فرم ثبت فعاليت هاي شورای ارتقای سلامت مدرسه ...................................... (هماهنگی و برنامه ریزی فعالیت ها)

**صورتجلسه کمیته ارتقای سلامت مدرسه**

**تاریخ جلسه: .................. ساعت جلسه: ........................ مسئول جلسه: ........................................................**

**دستور جلسه:**

**الف – پیگیری مصوبات قبل /دستور جلسه**

**ب – بررسی مشکلات / موضوعات**

**................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................**

**پ- مصوبات جلسه:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **شرح مصوبه** | **مسئول پیگیری/ اجراکننده** | **زمان انجام** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**ت - حاضرین در جلسه:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **نام و نام خانوادگی** | **سمت** | **امضا** | **ردیف** | **نام و نام خانوادگی** | **سمت** | **امضا** | **مهر و امضای مدیر مدرسه** |
| **1** |  |  |  | **6** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  | **7** |  |  |  |
| **3** |  |  |  | **8** |  |  |  |
| **4** |  |  |  | **9** |  |  |  |
| **5** |  |  |  | **10** |  |  |  |  |

3/مراقبت ویژه

2/2- فرم ثبت فعاليت هاي شورای ارتقای سلامت مدرسه ...................................... (هماهنگی و برنامه ریزی فعالیت ها)

**صورتجلسه کمیته ارتقای سلامت مدرسه**

**تاریخ جلسه: .................. ساعت جلسه: ........................ مسئول جلسه: ........................................................**

**دستور جلسه:**

**الف – پیگیری مصوبات قبل /دستور جلسه**

**ب – بررسی مشکلات / موضوعات**

**................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................**

**پ- مصوبات جلسه:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **شرح مصوبه** | **مسئول پیگیری/ اجراکننده** | **زمان انجام** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**ت - حاضرین در جلسه:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **نام و نام خانوادگی** | **سمت** | **امضا** | **ردیف** | **نام و نام خانوادگی** | **سمت** | **امضا** | **مهر و امضای مدیر مدرسه** |
| **1** |  |  |  | **6** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  | **7** |  |  |  |
| **3** |  |  |  | **8** |  |  |  |
| **4** |  |  |  | **9** |  |  |  |
| **5** |  |  |  | **10** |  |  |  |  |

فرم ثبت، پیگیری و مراقبت دانش آموزان بیمارنیازمند مراقبت ویژه**\* مدرسه ....................................**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف**  | **پایه تحصیلی** | **نام و نام خانوادگی**  | **كد ملي** | **نوع اختلال**  | **نام دارو/ داروهاي مصرفي** | **آموزش و مشاوره با** | **سیر پیگیری و مراقبت های بهداشتی درمانی به عمل آمده** | **شماره تلفن** **جهت پيگيري**  |
| **دانش آموز** | **اولياي مدرسه**  | **اولیای دانش آموز** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**\* دانش آموز نيازمند مراقبت ويژه، دانش آموزی است كه پزشك يكی از اختلالات (ديابت، صرع، بيماري هاي قلبي عروقي، آسم، هموفيلی، تالاسمی، سرطان ، G6PD ، PKU و اختلال روانپزشکی را براي وي تائيد نموده است.**

4/سوانح و حوادث

فرم ثبت و پیگیری موارد سوانح و حوادث در مدرسه **.................................**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **تاریخ مراجعه/ اعلام/ پیگیری**  | **نام و نام خانوادگی** | **كد ملي** | **پایه تحصیلی** | **محل حادثه** | **شرح حادثه**\* | **نتیجه حادثه** | **اقدامات به عمل آمده**  | **نام و نام خانوادگی/ مهر و امضای مسئول** **پيگيري كننده (مدیر مدرسه)** |
| **نوع حادثه** | **نوع آسیب**  |  **غيبت بيش از دو هفته**  |  **نقص عضو**  |  **فو ت** | **درمان سرپایی** | **انجام اقدامات اولیه** **بهداشتی و ارجاع فوری** | **نتیجه ارجاع** | **سایر اقدامات** **(با ذکر مورد)** |
| **روز** | **ماه** | **سال** | **افتادن يا ليز خوردن از سطوح غير بلند1** | **ضربه با شي 2** | **سقوط از بلندی3** | **تصادفات نقليه 4** | **سوختگی ها 5** | **آسيب های سرمايی 6** |  **زخم ها و جراحات 7** | **آسيب های عمدی 8** | **بستري** | **تحت درمان** |
|  |  |  |  |  |  | **داخل مدرسه** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **بين خانه و مدرسه** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | **داخل مدرسه** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **بين خانه و مدرسه** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | **داخل مدرسه** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **بين خانه و مدرسه** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | **داخل مدرسه** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **بين خانه و مدرسه** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | **داخل مدرسه** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **بين خانه و مدرسه** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | **داخل مدرسه** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **بين خانه و مدرسه** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | **داخل مدرسه** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **بين خانه و مدرسه** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | **داخل مدرسه** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **بين خانه و مدرسه** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | **داخل مدرسه** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **بين خانه و مدرسه** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | **داخل مدرسه** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **بين خانه و مدرسه** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\***1 ، 2 ، 3 ، 4 ، 5 ، 6 ، 7 ، 8 جهت راهنمایی بیشتر به راهنماي تکمیل پرونده سلامت مدرسه مراجعه شود.**

5/فوت

فرم بررسی و گزارش موارد فوت مدرسه ................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| رديف | منطقه/ ناحيه/ شهرستان | نام و نام خانوادگي | پایه تحصیلی | سن | علت فوت | تاريخ فوت | توضيحات | **نام و نام خانوادگی/ مهر و امضای مدیر مدرسه** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**نام و نام خانوادگي/ امضاء تكميل كننده فرم: ............................................................. تاريخ تكميل: ................................**

6/خدمات بهداشت محیط و ایمنی مدرسه

فرم پیگیری اجراي اقدامات مورد نیاز در جهت ارتقای ایمنی و بهسازی محیط مدرسه.......................

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **تاريخ بازدید** | نوبت بازدید | **نواقص بحراني اعلام شده (رديف نواقص)** | **نواقص غير بحراني اعلام شده (رديف نواقص)** | تاریخ پیگیری | نتیجه پیگیری | **نام و نام خانوادگی،****سمت و امضاء پیگیری كننده** |
| **نواقص بحراني اصلاح شده (رديف نواقص)** | **نواقص غیر بحراني اصلاح شده (رديف نواقص)** | اقدامات انجام شده |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |