



فرم گواهی ثبت معاینات دانشجویی در سامانه الکترونیک سلامت (سیب)

دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی: شهرستان: مرکز خدمات جامع سلامت:

نام و نام خانوادگی دانشجو: کد ملی:

ابتلا به بیماری نیازمند مراقبت ویژه :

دیابت صرع بیماری قلبی عروقی آسم سل آلرژی هموفیلی تالاسمی سرطان کمبود G6PD اختلال روانپزشکی

سایر (با ذکر نام) نام داروهای مصرفی (بیش از ۳ ماه)

گواهی می شود نامبرده در تاریخ مورد ارزیابی و معاینات و مراقبت های گروه سنی نامبرده انجام شده و در سامانه الکترونیک سلامت ثبت گردیده است.:

مبتلا به اختلال/ بیماری / بیماری نیازمند مراقبت ویژه:

نمی باشد می باشد نوع اختلال/ بیماری/ بیماری نیازمند مراقبت ویژه: ۱- ۲- ۳- و نیاز به ارجاع به مراکز تخصصی: ندارد دارد نیازمند ارجاع به می باشد. نیاز به پیگیری: ندارد دارد تاریخ پیگیری

مهر و امضای پزشک مرکز خدمات جامع سلامت:

امضای مراقب سلامت و مهر پایگاه سلامت: