

الضاق
عکس
الزامی است.
حتماً مهوور به مهر
مدیریت حج باشد.

« فرم شماره ۱ »

« فرم معاینات حج سال ۱۴۰۲ »

پزشک محترم مجموعه
با سلام و احترام

بدینوسیله جناب آقای/ سرکار خانم فرزند متولد
کدملی به عنوان **زائر** **عوامل** جهت بررسی سلامت و اعلام نظر معرفی
می گردد.

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 ۱۴۰۲ مشرف گردم / خدمت
کنم در کمال صداقت اظهار می نمایم :

- | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|--|
| <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 صعب العلاج 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 سوء مصرف 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 می دارم در حال حاضر مبتلا به بیماری های زیر هستم یا سابقه موارد زیر
را داشته ام لطفا با دقت مطالعه کنید و علامت بنزید:

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <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"/> ناراحتی های 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"/> |
- سابقه ابتلا به کرونا

داروهای مصرفی شما چیست؟

امضاء

توضیحات :

این برگه نزد پزشک نگهداری خواهد شد



دستورالعمل اجرایی معاینات حج سال ۱۴۰۲

«فرم معاینات حج سال ۱۴۰۲»

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: | ALPkP: | 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) ×2: |

* 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 نمی باشد
 - 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.
- دستورات اصلاح سبک زندگی :

مهر و امضای پزشک مجموعه

این برگه نزد پزشک نگهداری خواهد شد



دستورالعمل اجرایی معاینات حج سال ۱۴۰۲

تاریخ :

کدملی :

«فرم معاینات حج سال ۱۴۰۲»

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 :

درحال 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 :

درحال 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