

امام صادق (ع) می فرمایند :

خدای عزوجل سه ناموس محترم و مقدس دارد که هیچ چیز به حرمت او نرسد :

کتابش که فرمان او و نور اوست.

خانه اش که آن را قبله مردم قرار داده و توجه به جای غیر از آن از هیچ کس پذیرفته نیست .

عترت پیامبر شما .

بحار الانوار جلد ۹۷ صفحه ۷۰



بر خوراری از اسطعات جسمانی و روانی یکی از شروط اصلی و خوب و شرکت در

فریض حج است.



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

الصاق

عکس

الزامی است.

حتماً مهور به مهر

مدیریت حج باشد .

نماینده محترم مرکز پزشکی حج و زیارت استان .....

با سلام و احترام

بدینوسیله جناب آقای / سرکار خانم ..... فرزند ..... متولد .....

کد ملی ..... با مشخصات فوق بعنوان ..... جهت بررسی سلامت و

اعلام نظر معرفی می گردد.

شماره همراه متقاضی : .....

امضاء و مهر مدیر حج و زیارت استان

متقاضی محترم :

در صورتیکه از بیماری های زیر رنج می برید علامت بنویسید .

دیابت  مدت زمان ..... فشارخون  مدت زمان ..... مصرف سیگار  تعداد .....

سردرد مزمن  کم خونی  تب و تعریق شبانه

اسهال مزمن  کبد چرب  ناراحتی های گوارشی

سابقه آندوسکوپی

افسردگی  صرع  بیماری MS

سابقه کولونوسکوپی

آسسم  برونشیت مزمن  سابقه خلط خونی

بستری در CCU

دیسک کمر  کمردرد  سابقه جراحی

بستری ICU

نارسایی کلیه  سنگ کلیه  سابقه دیالیز

اینجانب ..... که مقرر است در سمت ..... به زائرین بیتا... الحرام در

عملیات حج سال ۱۳۹۸ خدمت کنم در کمال صداقت اظهار می نمایم :

به هیچگونه بیماری صعب العلاج و بدخیمی مبتلا نیستم  هستم

به هیچگونه بیماری واگیردار اعم از هیپاتیت، سل ریوی مبتلا نیستم  هستم

به هیچگونه بیماری اعصاب و روان مبتلا نیستم  هستم

سابقه سوء مصرف مواد مخدر و داروهای روان گردان ندارم  ندارم

توضیحات : .....

تاریخ و امضای متقاضی





بسمه تعالی

تاریخ : .....  
شماره : .....

مدیر محترم حج و زیارت استان .....

با سلام و احترام

مقتضای 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 نماینده مرکز پزشکی حج و زیارت

\*\*\*\*\*

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 نماینده مرکز پزشکی حج

نتایج :

High Risk  Normal Risk

B.W: Height: BMI:  
T: RR: PR: BP: علامت 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 <sub>1</sub> C:	Chol:	*HBS Ag:
ESR:	AST:	HDL:	*Stool Ex (op) ×3:
WBC:	ALT:	LDL:	*Stool Culture:
PLT:	ALKP:	BhCG:	*Skin fungal & infection:
BUN:	Cr:	U/A:	
EKG: Norm <input type="checkbox"/> Abnormal <input type="checkbox"/>		Occult Blood:	
C.X.R: Norm <input type="checkbox"/> Abnormal <input type="checkbox"/>		Stool Ex (op) ×1:	TLC (op.t) Neg <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/>

\* ویژه عوامل مجموعه، کاروان، آشپزخانه و مأمورین پذیرایی علاوه بر سایر آزمایشات

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

**نظر به 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 نماینده مرکز پزشکی

این برگه نزد پزشک نگهداری خواهد شد .