



بِسْمِ تَعَالَى

الضاق
عكس
الزامی است.
حتماً مهوور 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 بزنید .

دیابت مدت زمان فشارخون مدت زمان مصرف سیگار تعداد

- | | | | |
|--|-------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> اسم | <input type="checkbox"/> سردرد مزمن | <input type="checkbox"/> ناراحتی گوارشی | <input type="checkbox"/> سابقه جراحی |
| <input type="checkbox"/> بیماری انسدادی ریه | <input type="checkbox"/> دیسک کمر | <input type="checkbox"/> اسهال مزمن | <input type="checkbox"/> سابقه جراحی قلب باز |
| <input type="checkbox"/> برونشیت مزمن | <input type="checkbox"/> افسردگی | <input type="checkbox"/> یبوست مزمن | <input type="checkbox"/> سابق بستری ICU |
| <input type="checkbox"/> سابقه ابتلا به بیماری کرونا | <input type="checkbox"/> صرع | <input type="checkbox"/> سابقه آندوسکوپی | <input type="checkbox"/> سابقه بستری در CCU |
| <input type="checkbox"/> نارسای مزمن کلیه | <input type="checkbox"/> بیماری MS | <input type="checkbox"/> سابقه کولونوسکوپی | |
| <input type="checkbox"/> دیالیز | | | |

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

مفرده سال جاری خدمت کنم در کمال صداقت اظهار می نمایم :

- | | |
|--|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> به هیچگونه بیماری صعب العلاج و بدخیمی مبتلا نیستم | <input type="checkbox"/> هستم |
| <input type="checkbox"/> به هیچگونه بیماری واگیردار اعم از هپاتیت، سل ریوی مبتلا نیستم | <input type="checkbox"/> هستم |
| <input type="checkbox"/> به هیچگونه بیماری اعصاب و روان مبتلا نیستم | <input type="checkbox"/> هستم |
| <input type="checkbox"/> سابقه سوء مصرف مواد مخدر و داروهای روان گردان ندارم | <input type="checkbox"/> دارم |

توضیحات :

تاریخ و امضای متقاضی

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
		<input type="checkbox"/> corona

Lab .Test

WBC :	FBS:	TG:	*Widal:
Hb :	◆◆HbA1c:	Chol:	*HBS Ag:
HCT :	AST:	HDL:	*Stool Ex (op) ×3:
PLT :	ALT:	LDL:	*Stool Culture:
ESR :	AlkP:	BhCG:	*Skin fungal & infection:
BUN:		U/A:	
Cr:			
EKG: Norm <input type="checkbox"/> Abnormal <input type="checkbox"/>		Stool Ex (oB) ×1:	TLC (op.t) Neg <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/>
C.X.R: Norm <input type="checkbox"/> Abnormal <input type="checkbox"/>			

• ویژه عوامل مجموعه، کاروان، اشیزخانه و مأمورین پذیرایی علاوه بر سایر آزمایشات

◆◆ آزمایش **HbA1c** برای افراد بالای ۵۰ سال لحاظ گردد و در صورت **FBS>100** برای هر سنی صورت پذیرد .

Past Drug History:

نام بیماری‌های زمینه‌ای یا مؤمن 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 عمره سال جاری نمی‌باشد .

دستورات اصلاح سبک زندگی :

این برگه نزد پزشک نگهداری خواهد شد

مهر و امضای نماینده مرکز پزشکی