

بسمه تعالی

گواهی تندرستی و معاینات پزشکی و ارزیابی سلامت دانشجو

اینجانب فرزند متولد دارای کد ملی پذیرفته شده در رشته دانشگاه علوم پزشکی اردبیل با اطلاع از کلیه مقررات اعلام شده در دفترچه انتخاب رشته در خصوص وضعیت جسمانی برای پذیرش در رشته فوق متعهد می شوم کلیه شرایط عمومی و اختصاصی مربوطه را از لحاظ وضعیت جسمانی دارا می باشم و دانشگاه می تواند در صورت عدم صحت مراتب فوق در هر مرحله ای از تحصیل از ادامه تحصیل اینجانب طبق مقررات جلوگیری به عمل آورد.

امضای دانشجو:

الف: مراقبت غیر پزشک مطابق سامانه سلامت: (الزامی) ارزیابی های سلامت مطابق سامانه سلامت انجام شد

ب: گواهی پزشک عمومی مستقر در مرکز جامع سلامت / پایگاه سلامت محل اقامت دانشجو: (الزامی)

احتراما گواهی می شود از نامبرده معاینه به عمل آمد و موارد ذیل برای اطلاع آن دانشگاه اعلام می گردد:

علائم حیاتی: H: W: PR: BP: RR:

سابقه بیماری: دارد ندارد

توضیحات:

معلولیت: دارد ندارد نوع معلولیت: شنوایی بینایی اندامها سایر

توضیحات:

نتیجه ارزیابی سلامت و معاینات پزشکی:

مهر و امضاء مرکز جامع سلامت/پایگاه سلامت

مهر و امضاء پزشک مرکز جامع سلامت/پایگاه سلامت

توجه: پزشک محترم؛ ضمن تشکر لطفا این فرم را سربسته و مهر شده تحویل پذیرفته شده فرمایید.

RR=Respiratory rate
BP=Blood Pressure
PR=Pluse rate
W=weight
H=Height