**آرم دانشگاه**

**مرکز بهداشت و درمان**

**کاربرگ خلاصه وضعیت جسمی دانشجو برای طرح در شورای بررسی موارد خاص دانشگاه**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| نام و نام خانوادگي: | رشته تحصیلی: | شماره دانشجويي: | سهمیه: |
| سال ورود: ...................  | نیمسال اول🞏  | نیمسال دوم 🞏 | دوره: روزانه🞏 شبانه🞏  |
| مقطع تحصیلی: | سن: |
| وضعیت تاهل: | محل سکونت: | شماره تماس: | معدل کتبی دیپلم: |
| تعداد نیمسال­های مشروطي: | تعداد واحدهاي اخذ شده: | تعداد واحدهای گذرانده:  | تعداد واحدهای باقی مانده: |
| آخرین نیمسال تحصیلی:  | معدل کل: |
| وقفه تحصیلی:  | دارد🞏  | ندارد🞏  | چند نیمسال وقفه دارد؟ |

|  |
| --- |
| **معدل نیمسال های تحصیلی:** |
| اول:  | سوم: | پنجم: | هفتم: | نهم:  |
| دوم: | چهارم: | ششم:  | هشتم: | دهم:  |

|  |
| --- |
| **مشکلات جسمی و بیماری مرتبط با افت تحصیلی:** |
| 1. بیماری خود دانشجو 🞏 | 2. بیماری افراد درجه یک 🞏 |
| 3. نام بیماری: | 4. تاریخ تشخیص بیماری:  |
| **5. سابقه بستری:**  | دارد 🞏 | ندارد🞏 |
| **6. وضعیت بیماری:**  | بهبود یافته 🞏 | تحت درمان 🞏 | منجر به عارضه 🞏 | منجر به فوت(مربوط به خانواده) 🞏 |
| **7. داروهای مصرفی: .................** |
| **8. اقدامات تشخیصی انجام گرفته:** | آزمایش🞏 | رادیوگرافی🞏 | سی تی اسکن 🞏 | MRI 🞏 | اکوکاردیوگرافی🞏 | اسکن قلبی 🞏 |
| نوار مغزی🞏 | اندوسکوپی🞏 | کولونوسکوپی🞏 | سونوگرافی🞏 | نوار عصب- عضله🞏 | سنجش تراکم استخوانی🞏 |
|  آنژیوگرافی🞏 ماموگرافی🞏 سایر: ..........  |  | تست ورزش🞏  | شنوایی سنجی🞏 | بینایی سنجی🞏 | اسپیرومتری🞏 |  |
| **8. اقدامات درمانی:**  | دارودرمانی 🞏  | شیمی درمانی 🞏 | جراحی 🞏 | فیزیوتراپی 🞏 | رادیوتراپی 🞏 | سایر ... |
| **9. مستندات قابل ارائه: ..................................** |
| 10. **– بیماری ذکرشده** توجیه کننده مشکلات آموزشی دانشجو **می باشد**  | بله 🞏 | خیر 🞏 |
| **11. توانایی فعلی برای ادامه تحصیل:**  | دارد 🞏  | ندارد 🞏 | نیازمند اظهارنظر پزشک متخصص می باشد 🞏 | پس از بهبودی مجددا بررسی شود🞏 |
| **12. نظر نهایی کارگروه:**  | حداکثر مساعدت به عمل آید🞏  | در صورت امکان، مساعدت گردد🞏  | طبق مقررات رفتار گردد🞏  |
| **13. توضیحات: ...............................................** |
| **نام و امضای اعضای کارگروه بررسی موارد خاص مرکز بهداشت و درمان دانشگاه:** |
|  | رئیس مرکز  | پزشک معتمد | کارشناس آموزش |
|  تاریخ تنظیم صورتجلسه: |