

آرم دانشگاه
مرکز بهداشت و درمان

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

نام و نام خانوادگی:	رشته تحصیلی:	شماره دانشجویی:	سهمیه:
سال ورود:	نیمسال اول <input type="checkbox"/>	نیمسال دوم <input type="checkbox"/>	دوره: روزانه <input type="checkbox"/> شبانه <input type="checkbox"/>
مقطع تحصیلی:	سن:		
وضعیت تاهل:	محل سکونت:	شماره تماس:	معدل کتبی دیپلم:
تعداد نیمسال های مشروطی:	تعداد واحدهای اخذ شده:	تعداد واحدهای گذرانده:	تعداد واحدهای باقی مانده:
آخرین نیمسال تحصیلی:	معدل کل:		
وقفه تحصیلی:	دارد <input type="checkbox"/>	ندارد <input type="checkbox"/>	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:	
۱. بیماری خود دانشجو <input type="checkbox"/>	۲. بیماری افراد درجه یک <input type="checkbox"/>
۳. نام بیماری:	۴. تاریخ تشخیص بیماری:
۵. سابقه بستری:	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>
۶. وضعیت بیماری:	بهبود یافته <input type="checkbox"/> تحت درمان <input type="checkbox"/> منجر به عارضه <input type="checkbox"/> منجر به فوت(مربوط به خانواده) <input type="checkbox"/>
۷. داروهای مصرفی:

۸. اقدامات تشخیصی انجام گرفته:	
آزمایش <input type="checkbox"/> رادیوگرافی <input type="checkbox"/> سی تی اسکن <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> اکوکاردیوگرافی <input type="checkbox"/> اسکن قلبی <input type="checkbox"/>	نوار مغزی <input type="checkbox"/> اندوسکوپي <input type="checkbox"/> کولونوسکوپي <input type="checkbox"/> سونوگرافي <input type="checkbox"/> نوار عصب-عضله <input type="checkbox"/> سنجش تراکم استخوانی <input type="checkbox"/>
انژیوگرافی <input type="checkbox"/> تست ورزش <input type="checkbox"/> شنوایی سنجی <input type="checkbox"/> بینایی سنجی <input type="checkbox"/> اسپیرومتري <input type="checkbox"/>	ماموگرافي <input type="checkbox"/> سایر:

۸. اقدامات درمانی:	
دارودرمانی <input type="checkbox"/> شیمی درمانی <input type="checkbox"/> جراحی <input type="checkbox"/> فیزیوتراپی <input type="checkbox"/> رادیوتراپی <input type="checkbox"/> سایر ... <input type="checkbox"/>	۹. مستندات قابل ارائه:

۱۰. - بیماری ذکر شده توجیه کننده مشکلات آموزشی دانشجو می باشد <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۱۱. توانایی فعلی برای ادامه تحصیل: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> نیازمند اظهار نظر پزشک متخصص می باشد <input type="checkbox"/> پس از بهبودی مجددا بررسی شود <input type="checkbox"/>
۱۲. نظر نهایی کارگروه: حداکثر مساعدت به عمل آید <input type="checkbox"/> در صورت امکان، مساعدت گردد <input type="checkbox"/> طبق مقررات رفتار گردد <input type="checkbox"/>
۱۳. توضیحات:

نام و امضای اعضای کارگروه بررسی موارد خاص مرکز بهداشت و درمان دانشگاه:		
رئیس مرکز	پزشک معتمد	کارشناس آموزش
تاریخ تنظیم صورتجلسه:		

