فرم معرفی نامه دانش آموز برای مراقبت از نظر پدیکلوز

نام و نام خانوادگی دانش آموز ................................ کد ملی دانش آموز.....................

والدین گرامی:

باسلام و احترام

با توجه به غربالگری دانش آموزان از نظر پدیکلوزیس توسط پرسنل واحدهای بهداشتی، به استحضار می رساند فرزند شما مشکوک به آلودگی پدیکلوز می باشد. خواهشمند است تا تاریخ ................................ به همراه فرزند خود برای معاینه به نزدیک ترین پایگاه سلامت محل سکونت خود مراجعه نمایید.

 امضای مراقب سلامت/بهورز مهر و امضای مدیر مدرسه

**\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\***

فرم مراقبت دانش آموز از نظر پدیکلوز

|  |
| --- |
| **نام پایگاه سلامت................................ نام مرکز خدمات جامع سلامت.....................................** |
| دانش آموز از نظر مراقبت پدیکلوزیس بررسی شد: مبتلا می باشد مبتلا نمی باشد اقدامات انجام شده: ...................................................................................................................................................................زمان مراجعه بعدی دانش آموز:............................................... مهر و امضای پزشک مرکز خدمات جامع سلامتتاریخ مراجعه(بعد از یک هفته درمان).....................................نتیجه درمان: بهبود یافته است بهبود نیافته است. زمان مجدد مراجعه دانش آموز............................... مهر و امضای پزشک مرکز خدمات جامع سلامت  |

(والد محترم: این فرم بعد از تکمیل توسط پرسنل بهداشتی به مدرسه تحویل داده شود.)