

نام شاگرد: \_\_\_\_\_  
مکتب/سال \_\_\_\_\_  
تعلیمی: \_\_\_\_\_

شماره شناسایی: \_\_\_\_\_  
صنف: \_\_\_\_\_  
تاریخ: \_\_\_\_\_

### ارزیابی علانم سل (توبرکلوز)

\_\_\_\_\_ سرفه برای بیش از سه هفته  
\_\_\_\_\_ تب بدون دلیل مشخص  
\_\_\_\_\_ سرفه همراه با خون  
\_\_\_\_\_ کاهش وزن بدون دلیل مشخص  
\_\_\_\_\_ درد قفسه سینه بدون دلیل مشخص  
\_\_\_\_\_ تعریق شبانه  
\_\_\_\_\_ کاهش اشتها  
\_\_\_\_\_ خستگی

\_\_\_\_\_ برای کودکان زیر شش سال  
\_\_\_\_\_ خس خس در ناحیه قفس سینه  
\_\_\_\_\_ عدم رشد مناسب  
\_\_\_\_\_ کاهش فعالیت های جسمی، بازیگوشی و/یا انرژی  
\_\_\_\_\_ تورم غدد لنفاوی  
\_\_\_\_\_ تغییرات در رفتار یا شخصیت

### ولی / سرپرست: لطفا امضا کنید و تاریخ بزنید:

\_\_\_\_\_ شاگرد با هیچ فردی که مبتلا یا مشکوک به سل (TB) باشد، تماس نداشته است.  
\_\_\_\_\_ از آخرین آزمایش منفی سل که در تاریخ \_\_\_\_\_ انجام شد، شاگرد در کشوری که سل در آن شایع است زندگی نکرده و یا به آن سفر ننموده است.

\_\_\_\_\_ امضاء والد/سرپرست: \_\_\_\_\_ تاریخ: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ امضاء پرستار/نرس مکتب: \_\_\_\_\_ تاریخ: \_\_\_\_\_

اگر شاگرد دارای یک یا چند مورد از علایم فوق باشد، قبل از ورود به مکتب باید برای معاینه بیشتر به ارائه دهنده خدمات صحی/بهداشتی مراجعه نماید.