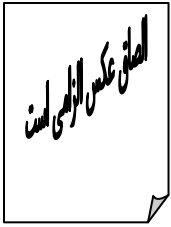




صوالتسافی



## فرم معاینات قبل از تشریف عمره ۹۴-۹۳ پیوست شماره دو

خانم / آقای ..... فرزند ..... متولد ..... کد ملی .....  
متقاضی اعزام به عمره توسط دفتر زیارتی ..... از استان ..... شهرستان .....  
تاریخ: کد معاینه کننده:

\*\*\*\*\*

❖ **علائم حیاتی:** وزن: RR: PR: BP:  
HCT: HB: CR: FBS:

دیابت  HTN  آسم  آلزایمر  بیماری خونی  IHD  COPD  هیپاتیت  اسکیزوفرنی  
 CRF  Addiction  Malignancy  Epilepsy  MS  پلژی اندام  Mania  اسیروز کبد  
 بیماری(های) زمینه‌ای یا مزمن دیگر به نام: ..... است.  
که در حال حاضر تحت کنترل:  می‌باشد.  نمی‌باشد.

- مشاوره‌های تخصصی موردنیاز شامل ..... انجام شد.
- اقدامات پاراکلینیک لازم شامل ..... انجام و نتایج آن رویت شد.
- داروها/ لوازم توانبخشی که لازم است زائر طی سفر به همراه داشته باشد:.....
- توصیه‌های ضروری در ارتباط با بیماری (رژیم غذایی و ...) در طول سفر: .....

### نظریه نهایی پزشکی

متقاضی فوق خانم/ آقای ..... بر اساس اظهارات، معاینات کلینیکی و نتیجه آزمایشات و یا مشاوره تخصصی:  
 در حال حاضر سالم می‌باشند.  
 نیاز به انجام اقدامات درمانی شامل ..... و کنترل بیماری را دارد.

**امضاء و مهر نظام پزشکی**