

أسم الخدمة: فحص التلاميذ

أسم المحافظة: واسط

**الاستمارة القياسية لتبسيط الاجراءات**

أسم القطاع: الصحة

أسم العملية: تقييم الحالة التغذوية

|  |  |
| --- | --- |
| **التوقيتات****(اختياري**) | **الاجراءات المبسطة لتقديم الخدمة للمستفيد**  |
|  | 1. **احالة الطالب إلى اقرب مركز صحي/ وحدة الصحة المدرسية من قبل إدارة المدرسة**
2. **فحص الوزن والطول من قبل المركز الصحي /وحدة الصحة المدرسية بالتعاون مع شعبة التغذية**
3. **معرفة نتيجة او قرار الفحص من قبل الطبيب**
4. **مؤشر كتلة الجسم طبيعي وعلية يحال إلى المدرسة في الصفوف الاعتيادية**
5. **سوء تغذية وفي إحالة إلى مستشفى / طبيب أطفال (a)إجراءات الفحص في المستشفى**
6. **يلتحق جميع الطلاب بالمدرسة او رياض الاطفال المدرسة او رياض الاطفال**
 |

**أرسم خارطة العمليات المبسطة:**

**احالة الطالب إلى اقرب مركز صحي/ وحدة الصحة المدرسية**

**إدارة المدرسة**

**اد**

**فحص الوزن والطول**

**المركز الصحي /وحدة الصحة المدرسية بالتعاون مع شعبة التغذية**

**نتيجة الفحص**

**الطبيب**

**مؤشر كتلة الجسم طبيعي**

**يحال إلى المدرسة في الصفوف الاعتيادية**

**سوء تغذية**

**إحالة إلى مستشفى / طبيب أطفال**

**(a)إجراءات الفحص في المستشفى**

**يلتحق جميع الطلاب بالمدرسة او رياض الاطفال**

**المدرسة او رياض الاطفال**