



پیش از اعزام

«فرم مخصوص تیم‌های اعزامی به هیمالیا و سایر قتل رفیع جهان»

ارتفاع:	نام قله:
تاریخ اعزام تیم:	موقعیت قله:
نام سرپرست:	مدت برنامه:
مدت حضور در کوهستان:	سرپرست فنی:
تعداد شرکا یا سایر همکاران خارجی:	شرکت طرف قرارداد:

«مشخصات اعضاء»

ردیف	نام و نام خانوادگی	استان	شهرستان	ملاحظات

### «فرم مشخصات اولیه»

نام خانوادگی:	نام:
شماره شناسنامه/ کد ملی:	تاریخ تولد:
	آدرس: تلفن تماس:
الف - تاکنون چه کلاس و دوره‌هایی را در چه تاریخی گذرانده‌اید؟	
ب - چند سال سابقه کوه‌نوردی دارید؟ (تاریخ شروع کوه‌نوردی و عضویت در گروه‌ها را نام ببرید)	
ج - صعودهای شاخص که در ایران داشته‌اید را نام ببرید؟ (با ذکر سال و فصل صعود)	
ه - صعودهای خارج از کشور را در چه سال‌هایی و بر روی کدام قله‌ها انجام داده‌اید؟	
امضاء:	
تاریخ:	



پیش از اعزام

«فرم مشخصات فردی و سوابق ورزشی»

نام خانوادگی:	نام پدر:	نام:
تاریخ تولد:	وضعیت تأهل:	شماره شناسنامه / کد ملی:
میزان تحصیلات:	شغل:	محل تولد:
گروه خون:	وزن (kg):	وضعیت نظام وظیفه:
تلفن منزل:	تلفن همراه:	رشته تحصیلی:
تلفن محل کار:		شماره بیمه ورزشی:
		نشانی منزل:
		تلفن ضروری:
		نشانی محل کار:

دوره‌های آموزشی که گذرانده‌اید به ترتیب تاریخ:

ردیف	نام دوره	نام مربی	تاریخ برگزاری	مکان برگزاری

فهرست مهم‌ترین برنامه‌های کوه‌نوردی خارج از کشور:

ردیف	نام قله	منطقه	زمان اجرا	سرپرست برنامه	مسئولیت فرد در تیم



پیش از اعزام

فهرست مهم ترین برنامه های کوهنوردی زمستانی داخل کشور:

ردیف	نام قله	منطقه	زمان اجرا	سرپرست برنامه	مسئولیت فرد در تیم

فهرست مهم ترین برنامه های سنگنوردی و دیواره نوردی:

ردیف	نام دیواره	منطقه	زمان اجرا	سرپرست برنامه	مسئولیت فرد در تیم

فهرست مهم ترین برنامه های یخنوردی:

ردیف	نام مسیر	منطقه	زمان اجرا	سرپرست برنامه	مسئولیت فرد در تیم



پیش از اعزام

«فرم آمادگی جسمانی»

نام خانوادگی:	نام:
تاریخ تولد:	شماره شناسنامه:
شماره کارت بیمه:	نام پدر:
وزن (kg):	قد (cm):
فشار خون:	گروه خون:
حداکثر ضربان قلب:	حداقل ضربان قلب (استراحت):
تاریخ اخذ آزمون:	محل آزمون:

شماره ایستگاه	موارد آزمون	نتیجه آزمون	نام و امضاء آزمون گیرنده
۱	تست کوپر ۱۲ دقیقه	متر	
۲	پرش طول درجا	سانتی متر	
۳	پرش جفت دو طرف	تعداد در دقیقه	
۴	درازنشست	تعداد در دقیقه	
۵	کشش از میله	تعداد	



پیش از اعزام

### «فرم پرونده پزشکی کوهنوردان»

عنوان برنامه:	تاریخ برنامه:
تاریخ ویزیت:	

### مشخصات فردی

نام و نام خانوادگی:	نام پدر:	تاریخ تولد:
شماره شناسنامه / کد ملی:	حوزه صدور:	شغل:
قد:	وزن:	(قد)/وزن: BMI
میزان تحصیلات:	وضعیت تأهل:	
آدرس محل سکونت:		
شماره‌های تماس ضروری:		

### تاریخچه و سوابق بیماری

۱- آیا در حال حاضر مشکل خاصی دارید؟
۲- سوابق بیماری‌های سیستمیک: دیابت <input type="checkbox"/> تشنج <input type="checkbox"/> پارکینسون <input type="checkbox"/> فشارخون <input type="checkbox"/>
آسم و تنگی نفس <input type="checkbox"/> بیماری‌های قلبی و عروقی <input type="checkbox"/> بیماری‌های دستگاه گوارشی <input type="checkbox"/>
بیماری‌های دستگاه ادراری <input type="checkbox"/> بیماری‌های کلاژن و اسکولار <input type="checkbox"/>
در صورت مثبت بودن توضیح دهید.
۳- سوابق بیماری‌های فامیلی:
۴- اقدامات درمانی انجام شده تاکنون:
۵- سیر بیماری:
۶- داروهای مصرفی (نوع و مقدار مصرف):
۷- آیا سابقه جراحی یا مصرف داروی خاصی را دارید؟
۸- آیا سابقه حساسیت دارویی خاصی دارید؟



پیش از اعزام

«سوابق پزشکی»

ضربه مغزی یا آسیب وارده به سر:	جراحی یا توصیه شده به عمل جراحی:
مشکلات بینایی و شنوایی:	مشکلات پوستی یا آلرژی:
حملات گیج‌کننده غش یا تشنج:	حساسیت به داروها:
آسم و برونشیت:	حساسیت به گزیدن حشرات:
مشکلات قلبی یا تب روماتیسمی:	حساسیت به گرد و غبار:
فشار خون بالا یا پایین:	استفاده از داروهای تجویز شده به‌طور منظم:
اختلالات خونی:	بیماری‌های استخوانی یا مفصلی:
دیابت، هیپاتیت یا زردی:	شکستگی یا دررفتگی:
زخم معده یا دیگر مشکلات معده:	مفاصل مصنوعی و آرتروز یا درد کمر:
مشکلات کلیه و مثانه:	ایدز یا H.I.V:
فتق (پارگی):	بیماری‌های ذهنی یا ضعف عصبی:
سرمازدگی:	اعتیاد به دارو یا الکل:

بیماری‌های دیگر و ضایعاتی که در بالا به آنها اشاره نشده است:


کنترل مدارک:

گواهی صحت و سلامت:	عکس:	کارت معتبر بیمه ورزشی:



پیش از اعزام

«اقدامات پاراکلینیکی موردنیاز»

<b>مشخصات فردی:</b>	
نام:	نام خانوادگی:
نام پدر:	رشته ورزشی:
تاریخ تولد:	سن شروع فعالیت ورزشی:
طول مدت فعالیت ورزشی به صورت حرفه‌ای:	اقدامات موردنیاز:
<b>الف - اقدامات موردنیاز برای افراد زیر ۶۰ سال:</b>	
CBC,diff <input type="checkbox"/>	Blood, Group, Rh <input type="checkbox"/>
Bun, cr. <input type="checkbox"/>	U/A <input type="checkbox"/>
CBS.I.G,cholesterol <input type="checkbox"/>	SGOT,SGPT,ALKP <input type="checkbox"/>
ECG <input type="checkbox"/>	C.X.Ray <input type="checkbox"/>
	Spirometry <input type="checkbox"/>
<b>ب - اقدامات موردنیاز برای افراد بالای ۶۰ سال:</b>	
Tumor markers <input type="checkbox"/>	Densitometry <input type="checkbox"/>
<b>د - واکسیناسیون:</b>	
هیپاتیت <input type="checkbox"/>	مننژیت <input type="checkbox"/>
کزاز و دیفتری (توأم) <input type="checkbox"/>	
تاریخ:	
مهر و امضاء پزشک ویزیت کننده	





**نتایج معاینات بالینی (نکات مثبت):**

علائم حیاتی:

فشارخون: تعداد ضربان قلب:

درجه حرارت: تعداد تنفس:

۱- سر و گردن و صورت:

۲- مغز و اعصاب مغزی:

۳- چشم و سیستم بینایی:

۴- گوش و سیستم شنوایی:

۵- فک و دهان و دندان و لبها:

۶- قفسه سینه و ریهها:

۷- قلب و عروق:

۸- شکم و دستگاه گوارش:

۹- اندام فوقانی:

۱۰- اندام تحتانی:

۱۱- ستون فقرات و اعصاب محیطی:

۱۲- وضعیت روانی، خلقی و شخصیتی:

**اقدامات پاراکلینیکی موردنیاز**

**نتایج اقدامات پاراکلینیکی:**

**ارجاع به سیستم تخصصی:**

متخصص (در صورت ضرورت نوع تخصص مشخص شود)

فیزیوتراپیست      کاردرمان      گفتاردرمان

**مشخصات پزشک ویزیت کننده:**

نام و نام خانوادگی:

شماره نظام پزشکی:

مهر و امضاء پزشک

**نظریه کارشناسی کمیته پزشکی فدراسیون:**

نام و نام خانوادگی:

شماره نظام پزشکی:

تاریخ و مهر و امضاء پزشک کارشناس کمیته پزشکی



پس از بازگشت

**«فرم مخصوص تیم‌های اعزامی به هیمالیا و سایر قتل رفیع جهان»**

نام قله:	ارتفاع:
موقعیت قله:	تاریخ اعزام تیم:
مدت برنامه:	نام سرپرست:
سرپرست فنی:	مدت حضور در کوهستان:
تعداد هم‌تیمی‌های خارجی:	نتیجه تیمی:

**«مشخصات اعضا»**

ردیف	نام و نام خانوادگی	استان	شهرستان	سمت در تیم	میزان ارتفاع صعود	ملاحظات



«فرم ثبت حوادث کوهنوردی»

* تاریخ وقوع حادثه: ساعت	روز:	ماه:	سال:
* محل وقوع حادثه:			
* مشخصات مصدوم:			
نام و نام خانوادگی:	سن:	جنس:	وزن:
* عضویت:			
هیئت کوهنوردی:		گروه کوهنوردی: آزاد:	
* نوع فعالیت کوهنوردی به هنگام بروز حادثه:			
* سابقه کوهنوردی:		سطح آموزش کوهنوردی:	
* سابقه بیماری:		آیا ارتباطی بین بیماری قبلی و حادثه به وقوع پیوسته وجود دارد؟	
علت بروز حادثه:	سابقه مصرف دارو:	آیا مصدوم بیمه می باشد:	
نوع مصدومیت و شدت آن:			
نحوه انتقال مصدوم به ترتیب از محل حادثه:			
مدت زمان انتقال به اولین مرکز درمانی:			
* آیا هنگام بروز حادثه پزشک یا امدادگری همراه مصدوم یا گروه بوده است؟			
چنانچه جواب مثبت است چه اقداماتی توسط وی تا انتقال به اولین مرکز درمانی به عمل آمده است.			
کدامیک از عوامل محیطی، گروهی و یا نقص تدارکاتی، خطای انسانی، جداشتن از گروه، تاریکی و ... در تشدید احتمالی مصدومیت فرد بعد از وقوع حادثه تأثیر داشته است؟			
* نقش سرپرست در پیش گیری یا تشدید بروز حادثه:			
نقش سرپرست در هدایت تیم بعد از حادثه:			
* سیر درمانی و نتیجه آن مختصراً شرح داده شود:			
* آدرس و تلفن تماس مستقیم با مصدوم یا خانواده مربوطه:			

\* در صورت بروز حادثه برای هر نفر یک فرم تهیه شود.

