فرم شماره 1

وزارت بهداشت ودرمان وآموزش پزشکی

فرم گزارش آمار جلب مشارکت مردمی در ارائه خدمات بهداشتی در مانی

**نام مرکز بهداشتی درمانی یا پایگاه غیر ضمیمه شهری/ روستایی ................. تاریخ گزارش .........................**

**الف:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | | 3 | | 4 | 5 | 6 | 7 | | 8 | | 9 | | 10 | | 11 | | 12 | | 13 |
| نام مرکز بهداشتی درمانی یا پایگاه شهری مجری برنامه | جمعیت تحت پوشش مرکز یا پایگاه غیر ضمیمه | | جمعیت تحت پوشش برنامه در مرکز یا پایگاه | | خانوار تحت پوشش مرکز یا پایگاه غیرضمیمه | خانوار تحت پوشش برنامه رابطان در مرکز یا پایگاه غیرضمیمه | درصد خانوارهای تحت پوشش برنامه | تعداد رابطان مرکز یا پایگاه در پایان فصل | | تعداد رابطانی که در این ماه همکاری خود را قطع کردند | | تعدادرابطانی که دراین ماه همکاری خود را آغاز کردند | | تعدادداوطلبان متخصص همکاری کننده با مرکز یا پایگاه | | تعداد رابطانی که دوره آموزش مراقبتهای اولیه را دیده اند | | تعداد سایر داوطلبان | | تعداد کلاسهای فوق برنامه |
| زن | مرد | زن | مرد | زن | مرد | زن | مرد | زن | مرد | زن | مرد |
| زن | مرد | زن | مرد |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**ب:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | | 5 | | 6 | 7 | 8 | 9 | | 10 | | 11 | | 12 | | 13 | | 14 | | 15 |
| نام مرکز بهداشتی درمانی روستایی | تعداد روستاهای تحت پوشش مرکز | تعداد روستاهای مجری برنامه | جمعیت تحت پوشش مرکز بهداشتی در مانی روستایی | | جمعیت تحت پوشش برنامه رابطان مرکز بهداشتی درمانی روستایی | | خانوار تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی روستایی | خانوار تحت پوشش برنامه رابطان مرکز بهداشتی درمانی روستایی | درصد خانوارهای تحت پوشش برنامه | تعداد رابطان موجود در پایان فصل | | تعداد رابطانی که در سه ماه گذشته همکاری خود را قطع کردند | | تعدادرابطانی که درسه ماه گذشته همکاری خود را آغاز کردند | | تعدادداوطلبان متخصص همکاری کننده با مرکز | | تعداد رابطانی که دوره آموزش مراقبتهای اولیه را دیده اند | | تعداد سایر داوطلبان | | تعداد کلاسهای فوق برنامه |
| زن | مرد | زن | مرد | زن | مرد | زن | مرد | زن | مرد | زن | مرد |
| زن | مرد | زن | مرد |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

نام نام خانوادگی مسئول رابطین مرکز ....................... امضاء نام نام خانوادگی مسئول مرکز بهداشتی در مانی ...............................امضاء

فرم شماره الف/2

وزارت بهداشت ودرمان وآموزش پزشکی

**فرم گزارش آمار جلب مشارکت مردمی درارائه خدمات بهداشتی درمانی شهری**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | | 3 | | 4 | 5 | 6 | 7 | | 8 | | 9 | | 10 | | 11 | | 12 | | 13 |
| مرکز بهداشتی درمانی یا پایگاه شهری مجری برنامه | جمعیت تحت پوشش مرکز یا پایگاه غیر ضمیمه | | جمعیت تحت پوشش برنامه رابطان در مرکز یا پایگاه | | خانوار تحت پوشش مرکزیاپایگاه غیرضمیمه | خانوار تحت پوشش برنامه مرکز یا پایگاه غیرضمیمه | درصد خانوارهای تحت پوشش برنامه | تعداد رابطان مرکز یا پایگاه در پایان فصل | | تعداد رابطانی که در این پایان فصل همکاری خود را قطع کردند | | تعدادرابطانی که در پایان فصل همکاری خودراآغاز کردند | | تعدادداوطلبان متخصصی همکاری کننده با مرکز یا پایگاه | | تعداد رابطانی که دوره آموزش مراقبتهای اولیه دیده اند | | تعداد سایر داوطلبان | | تعداد کلاسهای فوق برنامه |
| زن | مرد | زن | مرد | زن | مرد | زن | مرد | زن | مرد | زن | مرد | زن | مرد | زن | مرد |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

نام شهرستان ................. تاریخ گزارش .........................

تعدادمراکز بهداشتی درمانی شهری و پایگاه غیرضمیمه غیر مجری برنامه رابطین در شهرستان :

نام نام خانوادگی مسئول رابطین شهرستان ...................امضاء نام نام خانوادگی مسئول مرکز بهداشت شهرستان ...........................امضاء

فرم شماره ب/ 2

وزارت بهداشت ودرمان وآموزش پزشکی

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | | 10 | | 11 | | 12 | | 13 | | 14 | | 15 |
| نام مرکز بهداشتی درمانی روستایی | تعداد روستاهای تحت پوشش مرکز | تعداد روستاهای مجری برنامه | جمعیت تحت پوشش مرکز بهداشتی در مانی روستایی | جمعیت تحت پوشش برنامه رابطان مرکز بهداشتی درمانی روستایی | خانوار تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی روستایی | خانوار تحت پوشش برنامه رابطان مرکز بهداشتی درمانی روستایی | درصد خانوارهای تحت پوشش برنامه | تعداد رابطان موجود در پایان فصل | | تعداد رابطانی که در سه ماه گذشته همکاری خود را قطع کردند | | تعدادرابطانی که درسه ماه گذشته همکاری خود را آغاز کردند | | تعدادداوطلبان متخصص همکاری کننده با مرکز روستایی | | تعداد رابطانی که دوره آموزش مراقبتهای اولیه دیده اند | | تعداد سایر داوطلبان | | تعداد کلاسهای فوق برنامه |
|  | زن | مرد | زن | مرد | زن | مرد | زن | مرد | زن | مرد | زن | مرد |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| جمع |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**فرم گزارش آمار جلب مشارکت مردمی درارائه خدمات بهداشتی درمانی روستایی**

**نام شهرستان............... تاریخ گزارش .....................**

**تعداد مراکزبهداشتی درمانی روستایی شهرستان : ............. تعداد مراکز بهداشتی درمانی روستایی مجری برنامه رابطین درشهرستان : ................ نام ونام خانوادگی مسئول رابطین شهرستان .................. امضاء نام ونام خانوادگی مسئول مرکزبهداشت شهرستان ...........................امضا**