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**