فرم شماره 2 ( ارزیابی رابط سلامت محله) : سطح خانه بهداشت / پایگاه سلامت (ضمیمه – غیر ضمیمه)

نام مرکز خدمات جامع سلامت شهری/خانه بهداشت ........

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| شناسایی و جلب مشارکت خیرین در ارتقای سلامت | مشارکت در فعالیت های اجتماعی | همکاری در طرح ملی و منطقه ای | مشارکت در شناسایی مسایل محله از طریق نیاز سنجی | جذب سفیر سلامت خانواده | پیگیری خدمات و مراقبت های بهداشتی | انتقال مفاهیم مرتبط با سلامت جامعه به خانوارهای تحت پوشش | همکاری در آموزش به سفیران سلامت خانواده | مشارکتفعال در جلسات آموزشی راهنماهای خود مراقبتی | مشارکت در شناسایی و جمع آوری اطلاعات جمعیت تحت پوشش | تعداد خانواده تحت پوشش | نام نام خانوادگی |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |

 نام و نام خانوادگی مراقب سلامت / بهورز تکمیل کننده فرم : تاریخ تکمیل فرم: