فرم شماره 1 (ثبت ماهانه سفیر سلامت و رابط سلامت محله) : سطح خانه بهداشت / پایگاه سلامت ( ضمیمه – غیر ضمیمه) نام مرکز خدمات جامع سلامت/خانه بهداشت .........

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| \*سفیر سلامت فعال | وضعیت دوره های آموزشی | جنس | تاریخ تولد  | رابط سلامت محله | سطح تحصیلات | نام نام خانوادگی سفیر سلامت | شماره پرونده خانوار الکترونیک یا کد ملی | ردیف |
| شماره پرونده خانوارهای تحت  | خیر | بله |
| انتقال به اعضای خانواده | شرکت در آموزش های گروهی حداقل یک بار در ماه | آموزش فردی / گروهی | تاریخ | نام دوره |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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

\*سفیر سلامت فعال ، فردی که در جلسات آموزشی حداقل یک بار در ماه در طی شش ماه متواالی / شش جلسه آموزشی بصورت نا متوالی در طی یک سال شرکت کرده با شد و آموخته ها را به اعضای خانواده انتقال دهد

این فرم ماهیانه تکمیل و در خانه بهداشت ومرکز خدمات جامع سلامت نگهداری می شود