**واحد آموزش و ارتقای سلامت مرکز بهداشت شهرستان نظر آباد**

دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني البرز

معاونت بهداشتی

**فرم شماره 2- فرم گزارش آماری ماهیانه آموزش گروهی مرکز/پایگاه سلامت جامعه.............. مرکز بهداشتی درمانی ........... خانه بهداشت ..............سال............ ماه.............**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **واحد مجری** | **موضوع اموزش** | **گروه هدف** | **مکان آموزش** | **آموزش گروهی درون بخشی** | **آموزش گروهی بین بخشی** | **روش مورد استفاده برای آموزش** | **تعداد****آموزشهای****چهره به چهره** | **رسانه توزیع شده** |
| **تعداد جلسات****گروهی** | **تعداد شرکت کنندگان** | **تعداد جلسات گروهی** | **تعداد شرکت کنندگان** | **پوستر** | **پمفلت** | **تراکت** | **سایر** |
| **1** | **بهداشت خانواده** | **مراقبت****کودکان** | **شیرمادر** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **سوانح و حوادث** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **تغذیه تکمیلی** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **رشد و تکامل** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **پیشگیری از بیماری شایع** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ایمنی منازل** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **سایر** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **سایر** | **مادران(پیش از بارداری و...)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **سلامت باروری** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **پاپ اسمیر** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **فرزند آوری** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **تک فرزندی** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **تغذیه** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **سالمندان** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **میانسالان** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **سایر** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** | **سلامت جوانان** | **تغذیه و تحرک بدنی** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ترویج ازدواج** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** | **بهداشت مدارس** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** | **بهداشت دهان و دندان** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** | **بهداشت حرفه ای** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** | **بهداشت محیط** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** | **آموزش** | **اولویت های بهداشتی** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **خود مراقبتی** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**فرم شماره 2- فرم گزارش آماری ماهیانه آموزش گروهی مرکز/پایگاه سلامت جامعه.............. مرکز بهداشتی درمانی ........... خانه بهداشت ..............سال............ ماه.............**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **واحد مجری** | **موضوع اموزش** | **گروه هدف** | **مکان آموزش** | **آموزش گروهی درون بخشی** | **آموزش گروهی بین بخشی** | **روش مورد استفاده برای آموزش** | **تعداد****آموزشهای چهره به چهره** | **رسانه توزیع شده** |
| **تعداد جلسات****گروهی** | **تعداد شرکت کنندگان** | **تعداد جلسات****گروهی** | **تعداد شرکت کنندگان** | **پوستر** | **پمفلت** | **تراکت** | **سایر** |
| **8** | **بهداشت روان** | **پیشگیری از اعتیاد** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **مهارتهای زندگی** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **اصول فرزند پروری** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **بیماریها( صرع و...)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **پیشگیری ازخودکشی** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **خشونتهای خانگی** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **سایر** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **9** | **بیماریهای واگیر** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **بیماریهای غیر واگیر** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **10** | **آموزش سلامت همگانی در** **مناسبت های بهداشتی** | **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم : نام و نام خانوادگی و امضای سرپرست مرکز بهداشتی و درمانی:**