فرم عملیاتی شماره 3 :

جدول 1 – مشخصات مدارس در سطح شهرستان

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **استان** |  | **تعداد کل مدارس** | **تعداد مدارس** | **پسرانه** | **دخترانه** | **مختلط** |
| **شهرستان**  |  |  |  |  |  |  |
| **تعداد مناطق**  |  | **شهری**  | **روستایی** |  |
|  |  |
| **تعداد کل دانش آموزان شهرستان** | **تعداد دانش آموزان ابتدایی شهرستان به تفکیک پایه**  |
| **اول** | **دوم** | **سوم** | **چهارم** | **پنجم** | **ششم** |
|  |  |  |  |  |  |  |

جدول 2 – اطلاعات مربوط به برنامه کشوری ارتقای سلامت دهان و دندان دانش آموزان ابتدایی در سطح شهرستان

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **تعداد مدارس تحت پوشش خدمت وارنیش فلوراید تراپی** | **تعداد کل دانش آموزان تحت پوشش خدمت وارنیش فلوراید تراپی** | **تعداد دانش آموزان ابتدایی تحت پوشش خدمت وارنیش فلوراید تراپی به تفکیک پایه** |
| **اول** | **دوم** | **سوم** | **چهارم**  | **پنجم** | **ششم** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **تعداد مدارسی که در آنها از یونیت سیار استفاده شده است .** | **تعداد کل یونیت های سیار استفاده شده در مداس** | **تعداد کل یونیت های ثابت استفاده شده در مدارس** | **تعداد نیروهای ارائه دهنده خدمات سلامت دهان و دندان**  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **تعداد مدارسی که در آنها از یونیت ثابت استفاده شده است .** |  |  | **دندانپزشک** | **بهداشتکار دهان و دندان** | **کاردان بهداشت دهان** | **نیروهای آموزش دیده**  |
|  |  |  |  |  |

جدول 3 – مشخصات مجریان برنامه در مدارس سطح شهرستان

|  |  |
| --- | --- |
| **تعداد کل مجریان برنامه در مدارس سطح شهرستان** | **تعداد کل رابطین پایگاههای سلامت دهان و دندان در سطح شهرستان** |
|  |  |

جدول 4 – اطلاعات مربوط به وسایل کمک آموزشی موجود در مدارس سطح شهرستان

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **نوع وسایل کمک آموزشی** | **تعداد کل** | **نوع وسایل کمک آموزشی** | **تعداد کل** | **نوع وسایل کمک آموزشی** | **تعداد کل**  |
| **کتاب دانستنی های سلامت دهان و دندان** |  |  |  |  |  |
| **ماکت دندان و مسواک**  |  |  |  |  |  |
| **نخ دندان**  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **برای والدین** | **برای دانش آموزان** |
|  |  |

جدول 5 – تعداد کل جلسات آموزشی برگزار شده در شهرستان

نام و نام خانوادگی ( مسئول سلامت و تندرستی مناطق ) : تاریخ ، مهر و امضاء :

نام و نام خانوادگی ( مسئول بهداشت دهان و دندان شهرستان ) : تاریخ ، مهر و امضاء :