وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی

فرم شماره 5

دانشکده/دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ............

**فهرست و اولویت بندی مشکلات سلامت تیم نیاز سنجی سلامت جامعه**

نام شهرستان : ................... نام مرکز بهداشتی درمانی / مرکز خدمات جامع سلامت :...................نام خانه بهداشت :................. تاریخ جلسه : ..........

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **اولویت نهایی** | جمع رتبه اولویت | رتبه اولویت در فهرست تیم | **فهرست نیاز های سلامت** | **ردیف** |
| سرخوشه ها | مسوولین و معتمدین | سلامت |
|  |  |  |  |  |  | 1 |
|  |  |  |  |  |  | 2 |
|  |  |  |  |  |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  | 4 |
|  |  |  |  |  |  | 5 |
|  |  |  |  |  |  | 6 |
|  |  |  |  |  |  | 7 |
|  |  |  |  |  |  | 8 |
|  |  |  |  |  |  | 9 |
|  |  |  |  |  |  | 10 |
|  |  |  |  |  |  | 11 |
|  |  |  |  |  |  | 12 |
|  |  |  |  |  |  | 13 |
|  |  |  |  |  |  | 14 |
|  |  |  |  |  |  | 15 |
|  |  |  |  |  |  | 16 |
|  |  |  |  |  |  | 17 |
|  |  |  |  |  |  | 18 |
|  |  |  |  |  |  | 19 |
|  |  |  |  |  |  | 20 |
| **نام و نام خانوادگی و امضا ی نماینده سرخوشه ها** | **نام و نام خانوادگی و امضا ی نماینده تیم مسوولین و معتمدین** | **نام و نام خانوادگی و امضا ی نماینده تیم سلامت** |