وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی

فرم شماره 3

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

**فرم اولویت بندی مشکلات سلامت تیم سلامت**

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **رتبه مشکل** | **تعیین میزان اولویت مشکل** | **شاخص فعلی مشکل( برنامه )** | **فهرست مشکلات سلامت** | **ردیف** |
| **جمع نمرات** |  | **اثر بخشی مداخله** | **امکان مداخله** | **فوریت مداخله** | **شدت مشکل** | **شیوع و فراوانی** |
| **5-1** | **5-1** | **5-1** | **5-1** | **5-1** | **5-1** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |