وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی

فرم شماره 4ب

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

**فرم تعیین نیاز های سلامت و اولویت بندی آنها در تیم مسوولین و معتمدین**

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **فراوانی** | **فهرست نیاز های سلامت منطقه** | | | | **اولویت** |
|  |  | | | | 1 |
|  |  | | | | 2 |
|  |  | | | | 3 |
|  |  | | | | 4 |
|  |  | | | | 5 |
|  |  | | | | 6 |
|  |  | | | | 7 |
|  |  | | | | 8 |
|  |  | | | | 9 |
|  |  | | | | 10 |
|  |  | | | | 11 |
|  |  | | | | 12 |
|  |  | | | | 13 |
|  |  | | | | 14 |
|  |  | | | | 15 |
|  |  | | | | 16 |
|  |  | | | | 17 |
|  |  | | | | 18 |
|  |  | | | | 19 |
|  |  | | | | 20 |
| **سمت و امضا** | | **اعضای شرکت کننده** | **سمت و امضا** | **اعضای شرکت کننده** | |
|  | |  |  |  | |

وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی

فرم شماره 4ج

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

**فرم تعیین نیاز های سلامت و اولویت بندی آنها در تیم سرخوشه ها**

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **فراوانی** | **فهرست نیاز های سلامت منطقه** | | | | **اولویت** |
|  |  | | | | 1 |
|  |  | | | | 2 |
|  |  | | | | 3 |
|  |  | | | | 4 |
|  |  | | | | 5 |
|  |  | | | | 6 |
|  |  | | | | 7 |
|  |  | | | | 8 |
|  |  | | | | 9 |
|  |  | | | | 10 |
|  |  | | | | 11 |
|  |  | | | | 12 |
|  |  | | | | 13 |
|  |  | | | | 14 |
|  |  | | | | 15 |
|  |  | | | | 16 |
|  |  | | | | 17 |
|  |  | | | | 18 |
|  |  | | | | 19 |
|  |  | | | | 20 |
| **سمت و امضا** | | **اعضای شرکت کننده** | **سمت و امضا** | **اعضای شرکت کننده** | |
|  | |  |  |  | |

وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی

فرم شماره 4الف

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

**فرم پرسشگری مشکلات سلامت مردم**

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

|  |
| --- |
| **\* شما خودتان چه مشکلات سلامتی دارید و در محل سکونت و زندگی ( روستا / محله / شهر ) شما چه مشکلاتی وجود دارد؟**  **1-**  **2-**  **3-**  **4-**  **5-**  **6-**  **7-**  **8-** |