**معاونت اموربهداشتي**

**مركز / شبكه: ....................................................... دانشگاه علوم پزشكي وخدمات بهداشتي و درماني شهيد بهشتي كد فرم: 01- 06- 109**

**نام واحد: .............................................................. فرم فعاليت هاي آموزش سلامت به گروههاي هدف تاريخ تكميل: / /**

**دوره تكميل فرم: ‌ ماهانه / فصلي فصل: ماه:**

**نوع واحد : ستاد  مركز سلامت جامعه شهری  مركز سلامت جامعه روستائی  پايگاه سلامت : دولتی شهری  دولتی روستائی  حاشیه  فراخوان ( برونسپاری )  خانه بهداشت **

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **عنوان آموزش** | **تعداد جلسات آموزشي دانش آموزان** | | | | | | | | | | **تعداد دانش آموزان آموزش ديده** | | | | | | | | | | **والدين** | | **پرسنل مدارس** | | **تعداد**  **پمفلتها**  **و**  **جزوات**  **توزيع شده** |
| **ابتدايي** | | **متوسطه اول** | | **متوسطه دوم** | | **پيش دانشگاهي** | | **جمع** | | **ابتدايي** | | **متوسطه اول** | | **متوسطه دوم** | | **پيش دانشگاهي** | | **جمع** | | **تعداد جلسات** | **تعداد شركت كنندگان** | **تعداد جلسات** | **تعداد شركت كنندگان** |
| **دختر** | **پسر** | **دختر** | **پسر** | **دختر** | **پسر** | **دختر** | **پسر** | **دختر** | **پسر** | **دختر** | **پسر** | **دختر** | **پسر** | **دختر** | **پسر** | **دختر** | **پسر** | **دختر** | **پسر** |
| **بهداشت فردي پديكولوزيس** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **تغذيه** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **بلوغ و سلامت باروری** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **پیشگیری از سوانح و حوادث** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **بهداشت روان** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **بهداشت دهان و دندان** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **بيماريهاي واگير** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **بيماريهاي غير واگير** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **پیشگیری از رفتارهای پر خطر** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **فعالیت فیزیکی** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ساير** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **جمع** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**نام و سمت تكميل كننده:‌ .......................... امضاء: ................... نام و امضاء مسئول مركز: ‌...........................**