

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

گزارش روزانه حمایت‌های اولیه آسیب دیدگان منطقه .....

فرم شماره ۱ - فرم خطی غربالگری مرکز خدمات جامع سلامت

۱- نام منطقه :

۲- خیابان :

۳- کوچه :

| نیازمند ارجاع فوری |         | نیازمند خدمات مدد کاری |         | نیازمند خدمات گروهی |         | موقعیت       |          |      | شماره ملی | جنسیت |    | گروه سنی  |       |      |       | نام و نام خانوادگی | ردیف |
|--------------------|---------|------------------------|---------|---------------------|---------|--------------|----------|------|-----------|-------|----|-----------|-------|------|-------|--------------------|------|
|                    |         |                        |         |                     |         |              |          |      |           |       |    |           |       |      |       |                    |      |
| نیست               | می باشد | نیست                   | می باشد | نیست                | می باشد | سرپناه دائمی | محل تجمع | چادر |           | مرد   | زن | ۱۸- بالای | ۱۲-۱۸ | ۶-۱۲ | زیر ۶ |                    |      |
|                    |         |                        |         |                     |         |              |          |      |           |       |    |           |       |      |       |                    |      |
|                    |         |                        |         |                     |         |              |          |      |           |       |    |           |       |      |       |                    |      |

نام و نام خانوادگی و امضاء تسهیل گر:

نام و نام خانوادگی کمک تسهیل گر :

تاریخ :

گزارش عملکرد روزانه غربالگری ( اسکرین شده) در مورد فرم شماره یک ..... (مرکز/ شهرستان/ دانشگاه)

| تعداد<br>محل<br>اسکان<br>/ محل<br>تجمع | تعداد افراد زیر ۶<br>سال |    | تعداد افراد ۱۲ – ۶<br>سال |    | تعداد افراد ۱۸ – ۱۲<br>سال |    | تعداد افراد<br>بالای ۱۸<br>سال |    | تعداد<br>افراد<br>نیازمند<br>مداخله<br>گروهی | تعداد افراد<br>نیازمند<br>مددکاری<br>اجتماعی | تعداد<br>افراد<br>نیازمند<br>ارجاع<br>فوری | تعداد کل<br>افراد | تعداد<br>افرادیکه<br>تمایل به<br>همکاری<br>ندارند | تعداد<br>افراد<br>نیازمند<br>مداخله<br>انفرادی | تعداد رسانه های تولید<br>و توزیع شده شده<br>رادیو ، تلویزیون /<br>فضای مجازی / رسانه<br>های مکتوب |
|----------------------------------------|--------------------------|----|---------------------------|----|----------------------------|----|--------------------------------|----|----------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                        | مرد                      | زن | مرد                       | زن | مرد                        | زن | مرد                            | زن |                                              |                                              |                                            |                   |                                                   |                                                |                                                                                                   |
|                                        |                          |    |                           |    |                            |    |                                |    |                                              |                                              |                                            |                   |                                                   |                                                |                                                                                                   |
|                                        |                          |    |                           |    |                            |    |                                |    |                                              |                                              |                                            |                   |                                                   |                                                |                                                                                                   |

نام و نام خانوادگی مسئول:

فرم شماره ۲- فرم خطی مداخلات گروهی در مراکز خدمات جامع سلامت

تاریخ :

| ردیف | نام و نام خانوادگی | سن | جنس | تحصیلات | نوع مداخله گروهی | نوع تکنیکها و ابزارهای بکار گرفته شده | آدرس |
|------|--------------------|----|-----|---------|------------------|---------------------------------------|------|
|      |                    |    |     |         |                  |                                       |      |

۱- تعداد افراد غایب در جلسه ( برای جلسه دوم به بعد ) ..... نفر

۲- علت عمده غیبت در جلسه ( اگر قابل بررسی است ) .....

نام و نام خانوادگی کمک تسهیل گر

امضاء

نام و نام خانوادگی و سمت تسهیلگر

امضاء

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

گزارش روزانه حمایت‌های اولیه آسیب دیدگان منطقه .....

فرم گزارش عملکرد روزانه مداخلات گروهی در ..... (مراکز / شهرستان / دانشگاه)

تعداد گروه‌های تشکیل شده :

تعداد کل افراد شرکت کننده در گروه :

تعداد افراد غایب :

نام و نام خانوادگی مسئول:

فرم شماره ۳ - گزارش خطی اطلاع رسانی آسیب دیدگان حوادث غیر مترقبه و بلایا در مراکز بستری

نام استان :

نام شهرستان :

آدرس بیمارستان :

تلفن بیمارستان :

| ردیف | نام و نام خانوادگی | شماره ملی | نام پدر | سن | نوع آسیب جسمی وارده | اقدامات درمانی انجام شده | وضعیت کنونی | پیغام برای بستگان و آدرس و تلفن | توضیحات |
|------|--------------------|-----------|---------|----|---------------------|--------------------------|-------------|---------------------------------|---------|
|      |                    |           |         |    |                     |                          |             |                                 |         |
|      |                    |           |         |    |                     |                          |             |                                 |         |
|      |                    |           |         |    |                     |                          |             |                                 |         |
|      |                    |           |         |    |                     |                          |             |                                 |         |

نام و نام خانوادگی مسئول: