|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **لیست مشکلات سلامت منطقه تحت پوشش**  **(که حل آنها نیازبه همکاری بین بخشی ومشارکت اعضای هیات امناء می باشد )** | **شاخص فعلی مشکل** | **تعیین میزان اولویت مشکل** | | | | | | | **رتبه مشکل** |
| **فراوانی مشکل** | **شدت مشکل** | **فوریت برطرف کردن مشکل** | **امکان برطرف کردن مشکل** |  |  | **جمع نمرات** |
| 5-1 | 5-1 | 5-1 | 5-1 | 5-1 | 5-1 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ...................**

**فرم بررسی ، تعیین و اولویت بندی مشکلات سلامت درتیم سلامت**

**نام شهرستان . ........................................ مجتمع سلامت / مرکز خدمات جامع سلامت .......................................... خانه بهداشت ................................................ تاریخ تکمیل ..................................**

**وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ...................**

**فرم بررسی ، تعیین و اولویت بندی مشکلات سلامت درتیم سلامت**

**نام شهرستان . ........................................ مجتمع سلامت / مرکز خدمات جامع سلامت .......................................... خانه بهداشت ................................................ تاریخ تکمیل ..................................**