**وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی**

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

**فرم تعیین نیاز های سلامت در تیم سلامت مسئولان** ( شوراهای اسلامی ، دهیار ، معتمدین ، مدیران مدارس و ... )

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| دستور جلسه : تعیین نیازهای سلامت | تاریخ تشکیل جلسه | | |
|  | | |
| فهرست نیازهای سلامت منطقه | منابع اخذ (استخراج ) نیاز | فراوانی | رتبه |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| اعضای شرکت کننده | سمت و امضاء | | |
|  |  | | |

**دستورالعمل تکمیل فرم تعیین فهرست نیازهای سلامت در تیم سلامت مسوولین**

**این فرم قبل از تشکیل جلسه معتمدین سلامت توسط اعضای تیم سلامت مسوولین (شهردار / نماینده شهردار ، رابطین سلامت ادارات ، مدیران مدارس ، اصناف محل ، شوراهای اسلامی ودهیاران) جهت استخراج مشکلات سلامت برای ارائه درجلسه معتمدین سلامت واحد مربوطه تکمیل می گردد .**

**درستون دستور جلسه : جلسه تعیین فهرست نیازهای سلامت توسط اعضای تیم سلامت جامعه**

**درقسمت تاریخ جلسه : تاریخ تشکیل جلسه ازجمله روز/ ماه/سال ثبت خواهد شد.**

**درستون فهرست نیازهای سلامت : مشکل / مشکلاتی که حل آنها نیازبه همکاری ومشارکت اعضای تیم معتمدین سلامت دارد نوشته خواهد شد .**

**درستون منابع اخذ (استخراج ) نیاز: نام منابعی که نیاز را استخراج نموده اند ( نظر اعضای تیم سلامت مسوولین ، اظهارات مردم ، مشاهده و ... ) ثبت خواهد شد .**

**درستون فراوانی : فراوانی تعداد افرادیکه مشکل / نیاز سلامت فوق را مطرح/تائید می نمایند نوشته خواهد شد**

**درستون رتبه مشکل : براساس فراوانی مشکل / نیاز ، مشکلی که بیشترین فراوانی دارد رتبه یک وبقیه با توجه به تعداد مشکلات مطرح شده رتبه بندی می شود**

**درستون اعضای شرکت کننده : اسامی شرکت کنندگان - سمت اعضای شرکت کننده ثبت و توسط اعضای شرکت کننده امضا خواه شد .**