**فرم بررسی گروه های خودیار**

**شبکه بهداشت و درمان شهرستان : مرکز خدمات جامع سلامت : پایگاه سلامت / خانه بهداشت :**

**موضوع گروه خودیار: نام رهبر گروه : تعداد اعضای گروه:**

|  |
| --- |
| **فرم بررسی گروه های خودیار** |
| **ردیف** | **نام و نام خانوادگی اعضای گروه**  | **شماره تماس** | **نوع گروه خودیار**  | **تاریخ برگزاری اولین جلسه توجیهی**  | **تاریخ جلسات برگزار شده توسط گروه خودیار**  | **تاریخ شرکت بهورز/مراقب سلامت در جلسات گروهی** | **تاریخ پایش گروه**  | **امتیاز پایش گروه**  |
| **حقیقی** | **مجازی** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |
| **11** |  |  |  |  |
| **12** |  |  |  |  |
| **13** |  |  |  |  |  |  |
| **14** |  |  |  |  |
| **15** |  |  |  |  |
|  | **نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم :** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |